

Universidad Alcalá de Henares

Departamento de Enfermería y Fisioterapia



**DESIGUALDADES EN SALUD
EN LOS GRUPOS DE INMIGRANTES
VIVIENDO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA
DEL PAÍS VASCO**

TESIS DOCTORAL

Estíbaliz Orayen García

Alcalá de Henares, 2013

Universidad Alcalá de Henares

Departamento de Enfermería y Fisioterapia



**DESIGUALDADES EN SALUD
EN LOS GRUPOS DE INMIGRANTES
VIVIENDO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA
DEL PAÍS VASCO**

TESIS DOCTORAL

Tesis Doctoral presentada por **Estíbaliz Orayen García** bajo la dirección de
Elena Rodríguez Álvarez y Helena Hernández Martínez

ALCALÁ DE HENARES, 2013



DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA

Dña. Elena Rodríguez Álvarez, Catedrática de Salud Comunitaria y Profesora de Salud Pública del Departamento de Enfermería I, de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea y **Dña. Helena Hernández Martínez**, Profesora Contratada Doctora del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Alcalá, como directoras de tesis de Estíbaliz Orayen García,

EXPONEN: que la Tesis Doctoral titulada ***Desigualdades en salud en los grupos de inmigrantes viviendo en la Comunidad Autónoma del País Vasco***, elaborada por **Estíbaliz Orayen García**, alumna de Doctorado del Programa "Atención Sociosanitaria en los Cuidados de Salud. Fundamentos e Intervenciones", se encuentra finalizada y reúne las condiciones necesarias para el inicio de los trámites destinados a su defensa pública por parte de la doctoranda por lo que:

AUTORIZA la presentación de la citada Tesis Doctoral para su posterior tramitación.

En Alcalá de Henares a 19 de Abril de 2013

Fdo: **Dra. Elena Rodríguez**

Fdo: **Dra. Helena Hernández**



DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA

ACUERDO DEL CONSEJO DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA
SOBRE LA TESIS DOCTORAL PRESENTADA POR DÑA. ESTÍBALIZ ORAYEN GARCÍA.

Título de la tesis: **Desigualdades en salud en los grupos de inmigrantes viviendo en la Comunidad Autónoma del País Vasco.**

Programa de Doctorado: Atención Sociosanitaria en los Cuidados de Salud.
Fundamentos e Intervenciones.

Directoras de tesis: ***Elena Rodríguez Álvarez y Helena Hernández Martínez.***

Como directora del Departamento de Enfermería hago constar que en el Consejo de Departamento celebrado el 29 de Abril de 2013, se acordó informar favorablemente sobre la Tesis Doctoral presentada por Dña Estíbaliz Orayen García, dado que reúne los requisitos académicos y administrativos que la norma establece.

Para que así conste firmo el presente informe a 27 de Mayo de 2013.

La Directora de Departamento

Fdo: **M^a Francisca Casas Martínez**

A mis padres,
Martín y Begoña

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	15
RESUMEN	17
ABSTRACT	19
ACRÓNIMOS	21
PRESENTACIÓN	23
1. MARCO TEÓRICO	25
1.1. La salud, sus determinantes y las desigualdades en la salud	
1.1.1. El concepto de salud	25
1.1.1.1. Evolución del concepto de salud	25
1.1.2. Modelos de salud	28
1.1.2.1. Modelo biomédico	28
1.1.2.2. Modelos sociales de la salud	30
1.1.3. Las desigualdades sociales en la salud	38
1.1.3.1. Concepto y relevancia de las desigualdades sociales en salud	38
1.1.3.2. Teorías explicativas de las desigualdades en salud	38
1.1.3.2.1. <i>La selección social</i>	38
1.1.3.2.2. <i>La causalidad social</i>	39
1.1.3.2.3. <i>La perspectiva vital</i>	43
1.1.3.3. Modelos integrales para la explicación de las desigualdades sociales en salud	44
1.1.3.4. Políticas para reducir las desigualdades en salud	47
1.2. Los flujos migratorios en el contexto de la Unión Europea y España	50
1.2.1 La inmigración en la Unión Europea	51
1.2.2. Movimientos migratorios en España y el País Vasco durante el siglo XX ..	54
1.2.2.1. Origen y características sociodemográficas de las personas inmigrantes en España y el País Vasco	60
1.2.3. Evolución de las políticas de inmigración de la Unión Europea	70
1.2.3.1. De Maastricht al Programa de Estocolmo	70

1.3. Inmigración y salud	76
1.3.1. La perspectiva desde los determinantes sociales de la salud	76
1.3.2. La relación entre inmigración y salud en problemas específicos	83
2. JUSTIFICACION, OBJETIVOS E HIPOTESIS	91
2.1. Justificación del estudio	91
2.2. Objetivos	92
2.3. Hipótesis	92
3. METODOLOGÍA	93
3.1. Población de estudio, diseño y fuentes de datos	93
3.2. Variables estudiadas	96
3.2.1. Variables sociodemográficas	96
3.2.2. Variables del estado de salud	99
3.2.3. Variables psicosociales	100
3.2.4. Variables de discriminación	101
3.2.5. Variables de conocimientos sobre el VIH	102
3.2.6. Variables de prácticas preventivas	104
3.2.7. Variables de uso de servicios de salud	104
3.3. Análisis de datos	105
3.3.1. Análisis descriptivo	105
3.3.2. Análisis bivariante	105
3.3.3. Análisis de regresión logística binaria bivariante y multivariante	105
3.3.3.1. Modelos de análisis del estado de salud percibido	106
3.3.3.2. Modelos de análisis de los conocimientos sobre el VIH y las ITS	107
3.3.3.3. Modelos de análisis del uso de servicios de salud	108
4. RESULTADOS	109
4.1. Características sociodemográficas	109
4.2. Factores psicosociales	115
4.3. Discriminación	117
4.4. Conocimientos sobre el VIH y las ITS	119
4.5. Estado de salud	123

4.6. Uso de servicios de salud	125
4.7. Factores asociados al estado de salud, a los conocimientos inadecuados sobre el VIH y el lugar en el que realizar la prueba diagnóstica y al uso de los servicios de salud	127
4.7.1. Factores asociados a la mala salud percibida	133
4.7.2. Factores asociados a los conocimientos inadecuados sobre el VIH	134
4.7.3. Factores asociados a la utilización de los servicios de salud	145
5. DISCUSIÓN	151
5.1 Principales resultados de esta tesis	151
5.2 Relacion de los resultados con otros estudios del contexto estatal e internacional	155
5.3. Limitaciones y fortalezas	180
5.4. Futuras líneas de investigación	181
6. CONCLUSIONES	183
BIBLIOGRAFÍA	185
Índice de Tablas	211
Índice de Gráficos	213
Índice de Figuras	215
Anexo: Cuestionario de salud de la población inmigrante en el País Vasco	217

AGRADECIMIENTOS

Desde estas líneas quiero expresar mi más sincera gratitud a todas aquellas personas que han estado presentes durante esta etapa, haciendo posible la culminación de la presente Tesis Doctoral.

De forma muy especial, quiero agradecer a la Dra. **Elena Rodríguez**, directora de esta tesis por su total entrega, a la que nunca podré corresponder como merecería su disposición y entusiasmo para la realización de este trabajo, y su ayuda en la mejora de mi formación académica. También por sus sabios consejos y lecciones de humildad, tenacidad y esfuerzo por el trabajo bien hecho. Mi gratitud, por haber trabajado conmigo todo el tiempo necesario con una dedicación absoluta, y por saber trasmitirme su apoyo en todo momento.

Mi gratitud igualmente para **Helena Hernández**, co-directora de esta tesis doctoral, por su implicación y por haber creído y apostado por este trabajo desde el principio. Por haber sido un importante apoyo pese a la distancia geográfica, por haber facilitado siempre el contacto con la Universidad Alcalá de Henares y por todo el esfuerzo coordinando los trámites administrativos.

También mi agradecimiento a **Nerea Lamborena**, profesora de la Universidad del País Vasco, por su colaboración en este trabajo, sus ánimos y asesoramiento en el procesamiento estadístico de los datos.

Agradecer a mis profesores de diplomatura en la Universidad de Navarra y de master en la Universidad de Salamanca, por haberme transmitido el “gusanillo” de la investigación.

A mis compañeros de la **ECI**, y todo Servicio de Radiología del Hospital de Basurto, por haber sido un gran apoyo en mi llegada a Bilbao. En especial a Maite, Eva, Rosa, Jose, Igone, Maribel, Emi, Rafa y demás personal, del que guardo un recuerdo excelente.

También a todo el equipo de la **Clínica Virgen Blanca**, en especial a todas mis compañeros/as enfermeros/as y auxiliares con las que he compartido tantos momentos y experiencias que no olvidaré.

De modo muy especial a **Anne y Nikki**, compañeras de piso y amigas, por su apoyo constante y por todos los momentos compartidos, por el aprendizaje cultural y humano que hemos vivido juntas.

También a personas muy especiales con los que he compartido muy buenos momentos durante este proceso, y que han sido un apoyo fundamental. A Silvia, Mar, Iñigo, y Carlos por comprender la ilusión y motivación por realizar un proyecto de este tipo. A Susanne, Ana, Izaskun, Irati, Aritza, y también a Arkaitz y su familia, por haberme brindado todo el apoyo y cariño.

A mis amigos, que han sabido disculpar mis ausencias y escasas visitas a mi ciudad, Pamplona, y que siempre han tenido una palabra de ánimo. Gracias por haber estado siempre ahí.

Y por último, y muy especialmente, a **mi familia**, el pilar más importante para mí en este desafío, con su incondicional cariño y constantes palabras de apoyo para mi desarrollo personal y profesional.

En general quisiera agradecer a todas y cada una de las personas que han estado presentes de alguna forma durante el desarrollo de este trabajo, haciendo posible que hoy vea la luz, destacando y agradeciendo la participación de las personas inmigrantes, especialmente a aquellas que se encuentran en situaciones de precariedad en sus condiciones de vida.

¡A todos mi más sincero agradecimiento!

RESUMEN

Fundamento: La gran diversidad de situaciones asociadas a las características de los procesos migratorios y las condiciones de vida de la población inmigrante en los países de acogida nos sitúa en un ámbito de estudio de gran complejidad. El estudio de la salud y de la utilización de los servicios de salud por parte de la población inmigrante, requiere explorar la influencia de los determinantes sociales de las desigualdades en salud de forma que se permita esclarecer cuales son los mecanismos por los que se producen y qué iniciativas deben desarrollarse para mejorar la salud y la equidad en los servicios de salud en estos grupos de población.

Objetivos: El objetivo general de esta tesis es analizar las desigualdades en salud según el lugar de nacimiento y sus principales determinantes en los inmigrantes procedentes de China, Latinoamérica, Magreb y Senegal que viven en el País Vasco. Como objetivos específicos se incluyen: 1) identificar los determinantes sociales que explican las diferencias en el estado de salud percibido en los inmigrantes entrevistados; 2) identificar los conocimientos sobre el VIH en los inmigrantes estudiados; 3) identificar los determinantes sociales que explican las diferencias en la utilización de los servicios de salud en los inmigrantes incluidos en este estudio.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal basado en los datos procedentes de la Encuesta de Salud de la Población Inmigrante del País Vasco de 2009 (ESPICAV-09) que incluía a 765 inmigrantes, 237 de Magreb (63% hombres y 37% mujeres), 74 (hombres) de Senegal, 368 de Latinoamérica (39% hombres y 61% mujeres) y 86 de China (50% hombres y 50% mujeres). Se calcularon Odds Ratio (95% IC) a partir de modelos de regresión logística para medir la asociación entre las variables dependientes: el mal estado de la salud percibido, los conocimientos inadecuados sobre el VIH (sobre la transmisión, la prevención y el lugar en el que realizar la prueba diagnóstica) y la utilización de los servicios de salud (de Atención Primaria y de Urgencias Hospitalarias) con las variables independientes. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS (versión 19).

Resultados: Los factores asociados al mal estado de salud percibido incluyeron proceder de África (Magreb y Senegal), ser mujer, estar desempleado, la falta de apoyo social y haber percibido discriminación. El efecto del bajo apoyo social, la discriminación percibida y las dificultades para entender castellano fue mayor en las mujeres. El mayor riesgo de

conocimientos inadecuados frente al VIH se asoció al lugar de nacimiento (ser de Magreb y China), ser mujer, el bajo nivel de estudios, estar en situación irregular, tener dificultades para entender castellano, no haber oído hablar sobre las ITS y no haber recibido consejo sanitario sobre SIDA en los servicios de Atención Primaria. Los factores asociados a la utilización de los servicios de salud incluyeron para la Atención Primaria (AP): el lugar de nacimiento, con una relación significativa positiva para las personas nacidas en Magreb y negativa para las nacidas en Senegal y China. Ser mujer, el mal estado de salud percibido y haber percibido discriminación en el ámbito sanitario, aumentaron la probabilidad de utilizar los servicios de AP. La irregularidad administrativa y el menor nivel de estudios se asociaron con una menor probabilidad de utilizar este nivel asistencial. Las diferencias en la probabilidad de utilización de los servicios de Urgencia Hospitalaria relacionadas con el lugar de nacimiento incluyeron, una relación significativa positiva para las personas nacidas en Senegal. Ser mujer también se asoció a una mayor probabilidad de utilizar este nivel de atención al igual que el mal estado de salud percibido.

Conclusiones: Los resultados encontrados destacan la importancia de los determinantes estructurales e intermedios, como los factores psicosociales y la discriminación en las diferencias de mala salud percibida, en la utilización de los servicios de salud y en los conocimientos sobre el VIH. Los resultados encontrados indican la necesidad de desarrollar políticas dirigidas a reducir las desigualdades sociales en salud en las que se consideren estos ejes de desigualdad de forma que tengan una menor capacidad para determinar las oportunidades de disfrutar de una buena salud. Además son necesarias iniciativas que promuevan la equidad en los servicios de salud, incluyendo en las guías clínicas las necesidades específicas de los diferentes grupos de inmigrantes e integrar en ellas la perspectiva de género. Medidas que pueden contribuir, en el caso de la infección por el VIH, al incremento de la percepción de riesgo, a reducir el estigma y la discriminación y a mejorar la accesibilidad y aceptabilidad de la prueba del VIH y por tanto a reducir el número de infecciones por VIH y el retraso en el diagnóstico.

Palabras clave: Determinantes sociales, inmigrantes, salud percibida, conocimientos sobre el VIH, Servicios de salud, Encuesta de Salud.

ABSTRACT

Background: The great diversity of situations associated with the characteristics of migration and living conditions of immigrants in host countries puts us in a field of study with great complexity. The study of health and utilization of health services by the immigrant population, requires us to explore the influence of social determinants of health inequalities so as to facilitate the determination of what the mechanisms by which they occur are and what initiatives should be developed to improve equality in health and health services for these communities.

Objective: The overall objective of this thesis is to analyze health inequalities by place of birth and its main determinants in immigrants from China, Latin America, North Africa and Senegal who live in the Basque Country. Specific objectives include: 1) identifying the social determinants that explain differences in the perceived health status of the immigrants studied, 2) identify knowledge about HIV in immigrants studied, 3) to identify the social determinants that explain the differences in the use of health services by the group of immigrants studied.

In summary, we will be identifying the social determinants that explain differences in the perceived health status, knowledge about HIV and the use of health services among Immigrants from China, Latin America, North Africa and Senegal who live in the Basque Country.

Methods: We conducted a descriptive study based on data from the Health Survey of the Basque Immigrant Population, 2009 (ESPICAV-09) which included 765 immigrants, 237 from Maghreb (63% male and 37% female) 74 (men) from Senegal, 368 from Latin America (39% male and 61% female) and 86 from China (50% male and 50% female). There was an Odds ratio (95% CI) from logistic regression models were used to measure the association between the dependent variables: the perceived state of poor health, inadequate knowledge about HIV (including transmission and prevention and where diagnostic testing is available) and use of health services (Primary Care and Hospital Emergency) with independent variables. Statistical analysis was performed using SPSS (version 19).

Results: The factors associated with the perceived status of poor health of those who come from Africa (Maghreb and Senegal), included being female, being unemployed, a lack of social support and having perceived discrimination. The effect of low social

support, perceived discrimination and difficulty understanding Spanish was higher in women. Those at greatest risk of possessing inadequate knowledge about HIV were associated with place of birth (from Maghreb and China), women with low educational level, being in an irregular situation, having difficulty understanding Spanish, not having heard about STIs and not have received medical advice about AIDS from primary care services. Factors associated with the use of health services for primary care included: place of birth, with a significant positive relationship for people born in Maghreb and negative for those born in Senegal and China. Being female, having a poor perceived health status and having perceived discrimination in healthcare increased the likelihood of using the services of Primary Care. The administrative irregularity and lower educational level were associated with a lower likelihood of using this level of care. The differences in the probability of using emergency services related to the birthplace included a significant positive relationship for people born in Senegal. Being female was also associated with a greater likelihood of using this level of care, as well as having perceived poor health.

Conclusions: The results highlight the importance of structural and intermediate determinants, such as psychosocial factors and discrimination in poor health perceived differences and in the use of health services and knowledge about HIV. The results indicate the need to develop policies to reduce social inequalities in health for those considered on the unequal axis who are less able to identify opportunities to enjoy good health. In addition to necessary initiatives to promote equality in health services, including clinical guidelines on the specific needs of different groups of immigrants and integration of their gender. Measures that can help in the case of HIV include increasing the perception of risk, reducing stigma and discrimination and improving the accessibility and acceptability of HIV testing which would thus reduce the number of HIV infections and delay in diagnosis.

Keywords: Social determinants, immigrants, perceived health, knowledge about HIV, Health Services, Health Survey.

ACRÓNIMOS

ABC:	Abstinence, Be faithful, use Condom
ACV:	Accidente Cerebro Vascular
A&M:	Aids & Mobility Europe
AP:	Atención Primaria
CCAA:	Comunidades Autónomas
CAPV:	Comunidad Autónoma del País Vasco
DUKE:	Cuestionario de Apoyo Social Percibido
ENS:	Encuesta Nacional de Salud
EPA:	Encuesta de Población Activa
EPIE:	Encuesta de Población inmigrante en Euskadi
ESPICAV-09:	Encuesta de Salud de la Población Inmigrante del País Vasco de 2009
FMI:	Fondo Monetario Internacional
FRONTEX	Agencia Europea para la Gestión de la Cooperación Operativa en las Fronteras Exteriores
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
IC:	Intervalo de Confianza
IKUSPEGI:	Observatorio Vasco de Inmigración
INE:	Instituto Nacional de Estadística
IOE:	International Organisation of Employers
IOM:	International Organization for Migration
ITS:	Infección de Transmisión Sexual
LGS:	Ley General de Sanidad
MHI-5:	Mental Health Inventory-5
OBERAXE:	Observatorio Español del Racismo y la Xenofobia
OCDE:	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OR:	Odds Ratio
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ONU:	Organización de las Naciones Unidas
ONGs:	Organizaciones no gubernamentales
ONUSIDA:	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
PVVS:	Persona Viviendo con VIH y SIDA
SF-36	Short Form-36
SIDA:	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SNS:	Sistema Nacional de Salud

- SPT 2000:** Salud Para Todos en el año 2000
- SUH:** Servicios de Urgencia Hospitalaria
- UE:** Unión Europea
- USA:** United States of America
- TARGA:** Terapia Antirretroviral de Gran Actividad
- TIS:** Tarjeta Individual Sanitaria
- VIH:** Virus de la Inmunodeficiencia Humana

PRESENTACIÓN

El aumento de los flujos migratorios constituye en la actualidad uno de los fenómenos con mayor impacto en los ámbitos político, social, económico y laboral, tanto para los países emisores, como para los países receptores. En las últimas décadas, la dinámica del sistema mundial se ha caracterizado en gran medida por sus intensos movimientos de población dentro de los mismos países o entre naciones de distinto nivel de riqueza. Aunque estos fenómenos sociales suceden por diferentes causas y en diferentes contextos, en general predominan aquellas migraciones caracterizadas por la búsqueda de una mejor calidad de vida para la población inmigrante y sus familias. España es uno de los países que desde la década de los años noventa, hasta la actual crisis económica, ha venido recibiendo importantes flujos de personas de diferentes países y culturas, predominando aquellas personas que proceden de países de baja renta.

La inmigración ha sido definida como un relevante determinante social de la salud, que genera desigualdades en salud. En España, una parte importante de los trabajos publicados sobre la salud y la enfermedad de la población inmigrante se han centrado en el estudio y la descripción de la morbilidad atendida, comparando las diferencias epidemiológicas entre la población autóctona e inmigrante sobre enfermedades específicas. Son menos los trabajos en los que se consideran los determinantes sociales en el estado de salud percibido en los diferentes grupos de inmigrantes y sus factores asociados, que permita desarrollar actuaciones orientadas a mejorar la salud en ellos. La vulnerabilidad de las personas inmigrantes frente a enfermedades infecciosas concretas, como es el caso de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) es también abordada en los estudios sobre inmigración y salud (Fassin, 1999; Clarke y Bröring, 2000; García de Olaya et al., 2000; Llácer et al., 2001). El paradigma actualmente dominante para explicar la diseminación de la epidemia del VIH y Sida es el de la vulnerabilidad basada en condiciones estructurales de exclusión social, condiciones que tienen mayor riesgo de presentarse entre las personas inmigrantes. Aunque son numerosos los estudios que abordan el número y las características clínico epidemiológicas de la infección por VIH en las personas inmigrantes es, sin embargo, escasa la información sobre los factores sociales asociados a los conocimientos sobre la infección, prevención y realización de la prueba diagnóstica frente al VIH y Sida en las personas inmigrantes.

Por otro lado, las desigualdades en salud y en el acceso y la utilización de los servicios de salud en función del país de origen ha sido abordada en la literatura internacional (Stronks et al., 2001; Sundquist et al., 2001). A pesar de que existe una tendencia general a considerar que los inmigrantes hacen un uso excesivo de los servicios sanitarios, son muchos los trabajos que han demostrado una menor utilización de los servicios

hospitalarios, un menor coste en la hospitalización, un menor consumo de fármacos y un menor número de visitas a los servicios de atención primaria. Sin embargo, son todavía escasos los estudios que abordan los factores que influyen en esta desigual utilización de los servicios de salud. De ahí que el presente trabajo tenga como objetivo identificar los factores sociales que explican las desigualdades en el estado de salud, en los conocimientos sobre el VIH y Sida y en la utilización de los servicios de salud entre los inmigrantes del País Vasco procedentes el Magreb, Senegal, Latinoamérica y China.

Para dar respuesta a estas cuestiones se presenta en primer lugar el marco teórico y el estado actual de los temas abordados a lo largo de la tesis. A continuación se recogen los objetivos y metodología utilizada para el análisis empírico y el siguiente capítulo que se adentra en los resultados obtenidos. En los dos últimos bloques se expone la discusión de los resultados obtenidos y se explicitan las conclusiones del estudio.

Más concretamente, en la primera parte se realiza una revisión del marco conceptual y el estado de la cuestión en la que se enmarca el trabajo empírico. Así, se presentan en un primer momento las principales definiciones en cuanto al concepto de salud y la descripción de los modelos de la salud, sus determinantes y las causas que explican la generación de las desigualdades en salud, lo que ha constituido la base para enmarcar este trabajo. A continuación, se aborda el fenómeno migratorio tanto en la Unión Europea, como España y, específicamente en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) lugar en el que residen los inmigrantes estudiados en esta tesis. Se repasan posteriormente, las políticas migratorias europeas que se han ido adoptando ante esta nueva realidad. A continuación, y para finalizar el marco teórico, el capítulo tres se centra en la relación entre la inmigración y la salud de las personas inmigrantes, desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, y de algunos de los problemas específicos de salud.

Una vez recorrida esta primera parte que ha comprendido las principales cuestiones en torno al marco teórico, en el capítulo dos se procede a realizar la justificación del estudio, los objetivos planteados y la hipótesis de la que parte el trabajo. El capítulo tres recoge la metodología que se ha llevado a cabo, en la que se describe la población estudiada, el diseño del estudio, las fuentes de información utilizadas y las variables que se han considerado en el estudio. Finalmente se describen los diferentes tipos de análisis realizados. A continuación, el capítulo cuatro muestra los resultados del trabajo, y por último, esta tesis finaliza con la exposición de las conclusiones más relevantes extraídas del análisis empírico en forma de principales aportaciones así como la discusión con otros estudios, las limitaciones y las principales líneas futuras de análisis que sugieren los presentes resultados.

MARCO TEÓRICO

1.1. La salud, sus determinantes y las desigualdades en salud

1.1.1. *El concepto de salud*

La salud ha sido una de las preocupaciones constantes en todas las sociedades a lo largo de la historia, constituyendo un valor social y cultural permanente para el conjunto de los seres humanos, tanto individual como colectivamente. El deseo de gozar de salud para el desarrollo de una vida plena ha representado una de las metas más importantes de la Humanidad. Sin embargo, resulta complejo definir qué es la salud ya que se trata de un concepto que hace referencia a múltiples dimensiones y cuyo significado varía según el contexto geográfico e histórico e incluso entre los individuos de una misma población en un momento concreto. A menudo, la definición presente en el discurso biomédico es diferente a la percibida por la población general y lo que las personas entienden por salud varía sustancialmente entre las diferentes clases sociales, entre sexos y generaciones. La manera de definir y abordar la idea de salud como concepto ha suscitado importantes debates teóricos tanto entre las diferentes disciplinas que abordan la salud, como entre las diferentes corrientes teóricas e ideológicas que integran dichas disciplinas. De este modo, la noción de salud ha ido evolucionando a lo largo de la historia desde el paradigma médico-biológico hasta un concepto más global e integral que incorpora el paradigma socioecológico (Jover Ibarra, 2006).

1.1.1.1. **Evolución del concepto de salud**

La concepción de Salud ha ido variando a lo largo de la historia en función de los cambios sociales, políticos y económicos que las sociedades han ido experimentando así como del avance de los conocimientos sobre el proceso de salud-enfermedad. En la evolución histórica del concepto de salud podemos distinguir tres épocas claves, una primera época hasta finales del siglo XVIII, caracterizada por la generalización de las epidemias y la incapacidad para explicar las causas y los mecanismos de producción de la enfermedad (Jover Ibarra, 2006).

Una segunda época que abarca el siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX, caracterizada por el proceso de industrialización, el desarrollo económico y social y el desarrollo de las enfermedades crónicas, junto con el nacimiento de la epidemiología y la prevención en salud. Es la época en la que se producen grandes cambios en el sistema social, comenzándose a evidenciar asociaciones entre la situación de salud de la población y determinadas condiciones de vida. En el siglo XIX, la Revolución Industrial trajo graves consecuencias para la salud de la población: cólera, tifus, tuberculosis, sífilis, desnutrición infantil y alcoholismo, y todo ello como resultado de los graves problemas de hacinamiento, empobrecimiento, y marginación a los que llevaban las malas condiciones de trabajo. Las transformaciones sociales y políticas que tienen lugar tratan de dar respuesta a esta situación. Así, el abogado británico Edwin Chadwick en 1842, elaboró un informe a instancias del Parlamento sobre las condiciones sanitarias de la población trabajadora en Gran Bretaña en el que se ponía de manifiesto que las carencias de alimentos, aire puro y la contaminación provocaban la pérdida de la salud (Rodríguez Ocaña y Martínez Navarro, 2011). En 1848, el alemán Rudolf Virchow afirmó que la pobreza era la incubadora de las enfermedades y que, por tanto, era necesario acometer grandes reformas sociales para devolver la salud a las personas. La era bacteriológica de finales del siglo XIX, se inicia con los trabajos de Luis Pasteur en los que se identifica la naturaleza microbiana de las enfermedades y se crean las primeras vacunas, así como los trabajos de Robert Koch donde se afirma que detrás de una enfermedad siempre se encuentra un microorganismo. Estas posturas dan lugar a una concepción de salud centrada en el enfoque biologicista con un marcado carácter individual y, por tanto, se plantea la necesidad de que, más que cambiar las condiciones sociales, se hagan todos los esfuerzos en la prevención individual con la aplicación de las vacunas y de la higiene personal (Rodríguez Ocaña y Martínez Navarro, 2011). Este enfoque ha estado presente de manera constante y ha constituido la base de la formación de los profesionales sanitarios.

Hasta mediados del siglo XX la salud se definía como la ausencia de enfermedad, lo que en ocasiones dificultaba el establecer un límite claro y la separación entre lo que es normal y lo que no lo es, lo cual resulta complicado, máxime si tenemos en cuenta que la idea de normalidad varía con el tiempo y el espacio, en la medida que está condicionada por los valores morales y culturales de una sociedad. También se puso de manifiesto la limitación de esta definición debido a que no tiene en cuenta la relación entre la salud y el bienestar, aspectos de gran relevancia en las sociedades modernas.

Por último, la tercera época, desde mediados del siglo XX, surge a raíz de los cambios sociales y los avances de la ciencia, el cambio en el patrón de morbilidad, la revolución de los medios de comunicación y el tratamiento de la información y el fenómeno de la internacionalización. Todos estos cambios dan lugar a que el concepto de salud evolucione hacia un enfoque positivo, dinámico, multicausal y social, lo que

ha constituido la base para que, desde ese nuevo paradigma emergente, se plantee una nueva cultura de la salud.

El concepto de salud entonces se entiende integrado en un contexto social, económico, político e histórico, de ahí que hasta mediados del siglo XX el concepto de salud se asociara a la ausencia de enfermedad. Con los cambios socioeconómicos, culturales y epidemiológicos, comenzó a gestarse una perspectiva de la salud que trascendía del binomio salud-enfermedad, surgiendo una definición en términos positivos, de manera que se consideró como persona o colectivo sano al que se encuentra en situación de bienestar, en ausencia de enfermedad (Rodríguez Ocaña y Martínez Navarro, 2011). En el año 1941, Sigerist definió la salud no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como una aceptación optimista de las responsabilidades que el individuo tiene a lo largo de su vida (Rodríguez Ocaña y Martínez Navarro, 2011). Esta idea bidimensional de la salud fue ampliada por Herbert Dunn (Dunn, 1977) que incorporó la dimensión social al concepto de salud, considerando que la salud tiene tres dimensiones: orgánica o física, psicológica y social. La incorporación de la dimensión social en el concepto de salud fue adquiriendo cada vez más importancia y en el año 1945 Stampar presentó una definición de salud que incorporaba de manera simplificada las tres dimensiones, al definir la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, abriendo las puertas a una concepción más subjetiva y menos normativa. De este modo se incluyeron las esferas básicas del desarrollo humano, partiendo de un planteamiento optimista y exigente (Rodríguez Ocaña y Martínez Navarro, 2011).

La definición de Stampar ha sido admitida universalmente y recogida por la OMS en su Carta Fundacional del 7 de abril de 1946, en la que se define la salud como un *estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades*. A pesar de las críticas que ha recibido este concepto, contiene algunos elementos innovadores, por una parte introduce el término positivo, lo que supone que la salud debe dejar de considerarse como lo opuesto a la enfermedad y por otra incluye la dimensión mental y social, y por tanto, comienza a plantearse ya una concepción que va más allá del nivel biológico y pone de manifiesto que el vivir saludablemente es responsabilidad del conjunto de la sociedad y no sólo del individuo (Rodríguez Ocaña y Martínez Navarro, 2011).

El debate conceptual al que dio lugar esta definición ha tenido como crítica fundamental la consideración de definición utópica, puesto que se trata más de un deseo que de una realidad alcanzable, un objetivo imposible de conseguir. Por otra parte, es una definición subjetiva, ya que sólo hace referencia al término bienestar, olvidando aspectos objetivos como la capacidad de los seres humanos para el funcionamiento, aspecto que cada vez tiene una mayor envergadura en el concepto de salud y que es conocido en la actualidad con el término de discapacidad.

Posteriormente, la definición propuesta por la OMS es completada y mejorada con las aportaciones de diferentes autores que definen la salud desde una perspectiva dinámica, continua, objetiva y medible. Aunque la OMS, no ha formulado ninguna otra definición de salud, sí ha ido abandonando progresivamente este enfoque maximalista y utópico y se ha ido vinculando a través de sus recomendaciones a lo que, en la actualidad, se denomina el nuevo paradigma emergente de salud o modelo ecológico, que la concibe desde una perspectiva dinámica e interdependiente y desde donde sea posible conseguir un nivel de salud adecuado para hacer frente a los retos del ambiente. En este sentido, se hace un continuo llamamiento a los gobiernos para que trabajen en favor de la salud. Es, en definitiva, una llamada a la responsabilidad social en la consecución de metas saludables.

Con posterioridad a la definición de la OMS, han surgido otras formulaciones del término salud, René Dubos en 1959 desde la perspectiva sociológica la define como el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en este medio (Jover Ibarra, 2006). Para Ivan Illich (Illich, 1976), la salud es la capacidad de sentirse vivo en el gozo y en el dolor y de amar la sobrevivencia, pero también de arriesgarla. Milton Terris en 1987 la define como el producto positivo de la interacción continua del hombre con su medio, transformando la definición de salud de la OMS, y estableciendo que la salud es un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad para funcionar y no únicamente la ausencia de enfermedad o incapacidad (Oransky, 2002).

1.1.2. Modelos de la salud

En el campo de las ciencias de la salud se ha venido desarrollando, y continúa en la actualidad, un debate entre dos corrientes de pensamiento que plantean y responden, de forma diferente a cuestiones como, cuales son las causas de la salud y la enfermedad de las poblaciones, cuales deben ser las intervenciones a realizar sobre estas causas y cual es el concepto de salud. De ahí que se enfrenten, por una parte, el enfoque biomédico centrado en la dimensión biológica del proceso salud-enfermedad y con un marcado carácter clínico, y el enfoque social, con una concepción de la salud más socializada y holística (Gómez et al., 2000).

1.1.2.1. El Modelo Biomédico

El modelo biomédico ha constituido el paradigma dominante en la ciencia médica occidental. Considera que las investigaciones, los recursos y la práctica en suma, deben ir dirigidos mayoritariamente al estudio de la lesión, priorizando en las intervenciones que tratan de buscar (diagnosticar) y reparar (tratamiento) la lesión en el individuo o

individuos afectados por ella. De ahí que, de forma explícita o implícita, el modelo biomédico conceptualiza la salud como la ausencia de enfermedad o lesión.

El modelo se basa en la integración de los hallazgos clínicos con los datos de laboratorio y los resultados de la anatomía patológica que permiten examinar, clasificar y tratar las enfermedades. Desde esta orientación, básicamente patologista, la enfermedad es aquello que el médico puede reconocer, demostrar y clasificar por procedimientos basados en este método. Por lo tanto, las percepciones y opiniones del paciente a cerca del diagnóstico quedan excluidas del proceso. Asimismo, el tratamiento se considera generalmente externo al paciente, que generalmente no está implicado en las decisiones que se toman a lo largo del proceso curativo.

El modelo biomédico tiene sus orígenes a finales del siglo XIX, cuando las enfermedades infecciosas constituían la primera causa de enfermedad y muerte en los países desarrollados. Una de las razones de su hegemonía a partir del siglo XIX se debe al desarrollo de la teoría del germen y de la medicina hospitalaria, que propiciaron avances importantes en la ciencia médica, con el descubrimiento de tratamientos para enfermedades infecciosas, las nuevas técnicas de cirugía y el desarrollo de la farmacología (Taylor, 2007; Martín, 2011). Este modelo concibe la enfermedad como la confluencia de un agente patógeno, el individuo y el medio ambiente, en el que la existencia de un solo agente era suficiente para producir la enfermedad, lo que se conoce como la teoría epidemiológica de la unicausalidad, atribuyéndosele al huésped y al ambiente la función limitada de modificar el efecto de dicho agente. El éxito de la teoría del germen supuso pasar a poner la atención en el cuerpo enfermo, en el micro-organismo específico. La idea de etiología específica permitía relacionar las causas específicas de la enfermedad con patologías concretas en organismos específicos, convirtiendo así, la labor del personal médico en la identificación de las causas subyacentes de las enfermedades a partir de los síntomas (Bury, 2005). La teoría del germen contribuyó a una visión de la salud y de la enfermedad más unicausal, reduccionista y medicalizada. Asimismo, la extensión de los hospitales a finales del siglo XVIII y principios del XIX también favoreció el desarrollo del modelo biomédico ya que los pacientes comenzaron a ser hospitalizados en masa, facilitando que las personas con los mismos síntomas fueran englobadas bajo un diagnóstico común.

Este modelo, que no fue en un principio aceptado por toda la comunidad médica, fue ganando importancia hasta convertirse en hegemónico, de forma que la enfermedad constituye el elemento más importante de la medicina, quedando a parte la propia persona enferma y sus circunstancias (Martín, 2011). Esto contribuyó a la individualización y descontextualización social de la enfermedad, y al aumento del poder de la profesión médica, con un aumento en su capacidad para decidir sobre cuestiones relacionadas con las personas, tanto en su vertiente biológica como social, bajo el supuesto de su neutralidad profesional y tecnicidad desde donde se emitían sus conocimientos. A lo

largo de este proceso, la persona fue progresivamente perdiendo su autonomía para convertirse en receptor de la atención médica. El modelo biomédico ha permitido grandes avances en el conocimiento y el desarrollo tecnológico vinculado a la industria de la salud. Sin embargo, su aplicación estricta o sus fundamentos metodológicos no tienen en cuenta las variables humanas, sociales o culturales del enfermar o se reducen a variables estrictamente biológicas.

1.1.2.2. Modelos sociales de la salud

Como ya se ha mencionado, numerosos estudios en distintas épocas han puesto de manifiesto que las personas que ocupan mejores posiciones sociales viven más tiempo y además, en general, gozan de una mejor salud. El informe Lalonde realizado en Canadá, constituyó las bases para la entrada del segundo modelo, el modelo social de la salud. Dicho Informe estableció un marco conceptual para los factores clave que parecían determinar el estado de salud: estilo de vida, ambiente, biología humana y servicios de salud (Lalonde, 1981). Desde entonces, este marco básico se ha reforzado y expandido, con una creciente evidencia de que la contribución de la Medicina y la atención de la salud es bastante limitada, y que aumentar el gasto en atención no resultará en mejoras significativas en la salud de la población. A lo largo del siglo XX, se experimentan cambios importantes en los patrones de morbilidad y mortalidad, donde las enfermedades crónicas (cáncer, afecciones cardiovasculares, respiratorias, osteomusculares y diabetes) pasan a constituir los principales problemas de salud, y además, se cuestiona en el ámbito científico la explicación de la unicausalidad de las enfermedades, incluidas las infecciosas (Jover Ibarra, 2006). En los resultados del Informe Black (Blane, 1985) se relaciona el estatus socioeconómico con la mortalidad, encontrándose tasas de mortalidad infantil cinco veces más elevadas en las clases bajas que en las clases altas; y los trabajos de McKeown (McKeown y Lowe, 1981) demuestran que el descenso importante de la tasa de mortalidad por tuberculosis, en los últimos dos siglos, tuvo lugar antes de desarrollarse las medidas terapéuticas derivadas del descubrimiento de la quimioterapia y la vacunación. De este trabajo se deriva que las medidas de salud pública fueron las responsables y no la asistencia médica en sí misma de la mejora en salud, considerándose que la terapia frente a la tuberculosis aceleró la velocidad del declive pero no fue la fuerza mayor que lo inició (Evans, 1996). También hay que destacar los estudios Whitehall realizados por Marmot (Marmot, 1978) en los que se hizo un seguimiento a más de 10.000 funcionarios británicos durante casi dos décadas y cuyos hallazgos establecían grandes diferencias en las tasas de mortalidad para todas las causas entre los funcionarios, donde las mayores tasas se encontraban en los niveles sociales más bajos. Además, también se observaron mayores proporciones de factores de riesgo como el tabaquismo, la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia, en los niveles más bajos de la clase funcional. Así el concepto de determinantes sociales

toma fuerza, ante el reconocimiento de las limitaciones de las intervenciones dirigidas a reducir los riesgos del proceso de enfermar de las personas.

En el año 2003, la OMS incluyó una serie de factores o determinantes, individuales y colectivos que se correlacionaban con el estado de salud: los ingresos y el estatus social, las redes de apoyo social, la educación, el empleo y las condiciones de trabajo, los ambientes sociales, los ambientes físicos, las prácticas de salud personal y las habilidades para cubrirse, el desarrollo infantil saludable, la biología y la dotación genética, los servicios de salud, el género y la cultura (OMS, 2003).

Los ingresos y el estatus social-gradiente social. El estatus social hace referencia a la posición social de una persona en relación con las otras, determinando el grado de control que las personas tienen sobre las circunstancias de la vida. Tener altos ingresos y una posición social alta actúan como un escudo contra la enfermedad (Pickett, 2006; Birn, 2009). El gradiente social determina que a más bajo nivel social, la expectativa de vida es menor, y mayor la frecuencia de enfermedad, con un riesgo de al menos dos veces mayor de enfermedad seria o muerte prematura, que aquellas que se encuentran en el nivel más alto.

Las redes de apoyo social. La amistad, las buenas relaciones sociales y unas sólidas redes de apoyo mejoran la salud en el hogar, en el trabajo y en la comunidad. El apoyo social se ha relacionado con la salud psicológica, física, la percepción de salud y con el manejo de la enfermedad. Así, las personas con menor apoyo social y emocional experimentan menos bienestar, más depresión, un riesgo mayor de complicaciones en el embarazo, y de invalidez en las enfermedades crónicas (López et al., 2006; Larrañaga, 2008). El concepto de cohesión social, definida como la calidad de las relaciones sociales y la existencia de confianza, obligaciones mutuas, y el respeto en las comunidades o en la sociedad, ayuda a proteger a las personas y a su salud.

La educación. En general, las personas con mayores niveles educativos, tienen mayores probabilidades de ser empleados, tener trabajos con mayor estatus social y tener ingresos estables. Además, la educación incrementa las elecciones y oportunidades disponibles, la seguridad y satisfacción en el trabajo, mejora la alfabetización en salud, aumenta la seguridad financiera y proporciona a las personas las habilidades necesarias para identificar y resolver problemas individuales y grupales.

El empleo y las condiciones de trabajo. Las personas con más control sobre las circunstancias de su trabajo y sin demandas estresantes son más saludables y viven más que aquellas con un trabajo estresante o de mayor riesgo. Las recompensas inadecuadas, ya sea en términos de dinero, estatus o autoestima, están asociadas con

un aumento del riesgo cardiovascular (Kofmann et al., 2005). El entorno psicosocial en el trabajo constituye un determinante importante sobre la salud y contribuye al gradiente social de mala salud. El impacto del desempleo en la salud se traduce en muerte temprana y en tasas más elevadas de suicidio y enfermedad coronaria, problemas emocionales, recuperación incompleta y lenta de la salud física y mental después del desempleo (Beale y Nethercott, 1985). La seguridad del trabajo aumenta la salud, el bienestar y la satisfacción en el trabajo, mientras que la inseguridad laboral incrementa los problemas de salud mental (ansiedad y depresión), la mala salud percibida y la enfermedad cardíaca. La inseguridad laboral permanente actúa como estresor crónico, cuyos efectos crecen con el tiempo de exposición (OMS, 2005).

Los ambientes sociales. El orden de valores y normas en una sociedad influye sobre la salud y el bienestar de los individuos y las poblaciones de varias maneras. La estabilidad social, el reconocimiento de la diversidad, la seguridad, las buenas relaciones laborales y la cohesión comunitaria brindan la contención que reduce o elimina muchos riesgos potenciales para una buena salud. Se ha demostrado que una baja disponibilidad de apoyo emocional y una escasa participación social tienen un impacto negativo en la salud y el bienestar.

Los ambientes físicos. El ambiente físico afecta a la salud directamente en el corto plazo e indirectamente en el largo plazo. Una buena salud requiere del acceso a una buena calidad del agua, aire y alimentos. En el largo plazo, si la economía crece degradando el medio ambiente y vaciando los recursos naturales, la salud humana se deteriorará. Mejorar la salud de la población requiere de un medio ambiente y desarrollo sostenible. Los factores del ambiente construido por el hombre como el tipo de vivienda, la seguridad en las comunidades y lugares de trabajo y el diseño vial, son también importantes.

Las prácticas de salud personal y las habilidades para cubrirse. Las prácticas incluyen las decisiones individuales que afectan a la salud directamente, como fumar, la alimentación y la actividad física. Las habilidades para cubrirse se refieren a las formas de afrontar las situaciones o problemas, es decir los recursos internos de las personas para prevenir la enfermedad, incrementar la auto-confianza y manejar las influencias externas y las presiones.

El desarrollo infantil saludable. El crecimiento físico lento o retraso durante la infancia está asociado con un desarrollo y funcionamiento limitado del sistema cardiovascular, respiratorio, renal y pancreático, lo cual aumenta el riesgo de padecer enfermedades durante la vida adulta. Las bases de la salud del adulto yacen en el tiempo anterior

al nacimiento y en la primera infancia. El retardo en el crecimiento y el escaso apoyo emocional reducen las funciones físicas, cognitivas y emocionales en la escuela y la edad adulta. El desarrollo fetal escaso es un importante factor de riesgo para la salud en la vida posterior (OMS, 2005).

La biología y la dotación genética. La biología y la dotación genética son determinantes de la salud. La dotación genética predispone a un amplio rango de respuestas individuales que afectan al estado de salud. Aunque el estatus socio-económico y los factores ambientales son importantes determinantes de la salud global, en algunas circunstancias la dotación genética predispone a enfermedades particulares o problemas de salud.

Los servicios de salud. Los servicios de salud orientados a la protección, prevención, promoción y restauración de la salud, contribuyen a la buena salud de la población.

El género. El género se refiere al orden de los roles socialmente determinados, rasgos de personalidad, actitudes, conductas, valores, poder e influencia relativos que la sociedad adscribe a ambos sexos sobre una base diferente, más que a sus diferencias biológicas. Muchas cuestiones de salud están influidas por los roles o estatus basados en el género.

La cultura. Cultura y etnia son productos de la historia personal y de factores sociales, políticos, geográficos y económicos. Son importantes para determinar su forma de interactuar con el sistema de salud, su participación en programas de prevención y promoción, el acceso a la información de salud, las elecciones de estilos de vida saludables, y la comprensión del proceso salud-enfermedad. Los valores culturales dominantes determinan el medio social y económico de las comunidades. Por lo tanto, algunos grupos enfrentan mayores riesgos de salud debido a: la marginación, la pérdida y/o devaluación de la cultura y el lenguaje y la falta de acceso a servicios de salud culturalmente apropiados.

El estrés. Las circunstancias estresantes, aumentan en las personas la preocupación, la ansiedad y les incapacitan para la superación personal, ejerciendo un efecto negativo sobre la salud y pueden conducir a una muerte prematura. A medida que se descende en la jerarquía social es mayor la probabilidad de sufrir estrés y por lo tanto es mayor la vulnerabilidad a las enfermedades infecciosas, diabetes, hipertensión, infarto, Accidentes Cerebro Vasculares (ACV), depresión y agresión, y muerte prematura (Barra, 2004).

Exclusión social. La vida es corta cuando su calidad es pobre, así la pobreza, la marginación social y la discriminación cuesta vidas. La exclusión social es particularmente dañina durante el embarazo, y para los bebés, los niños y los ancianos. Existen grupos con mayor exposición

a la exclusión social como las minorías étnicas, las personas inmigrantes, las personas que presentan discapacidades, las solicitantes de asilo y refugiadas y las personas sin hogar. La pobreza y la exclusión social aumentan los riesgos de divorcio, invalidez, enfermedad, adicciones y aislamiento social.

Adicciones. Las conductas personales sobre hábitos de salud como el consumo de drogas, legales o ilegales están influenciadas por un escenario social y con una relación con la salud bidireccional. Así, las personas consumen alcohol para mitigar las condiciones económicas y sociales y esa dependencia lleva a una movilidad social descendente. El consumo de drogas es una respuesta a la desintegración social y además contribuye a acentuar las desigualdades en salud.

Alimentación saludable. Las condiciones sociales y económicas resultan en un gradiente social de la calidad de la alimentación que contribuye a las desigualdades en salud. La diferencia dietética principal entre las clases sociales es la fuente de los nutrientes ya que se sustituyen los alimentos frescos por la comida procesada que es más barata.

Transporte. El tipo de transporte se relaciona también con la salud en cuanto que las actividades al aire como caminar o ir en bicicleta, promueven la salud ya que proporcionan ejercicio físico aumentando el contacto social, y reduciendo la contaminación atmosférica (Vlahob, 2007).

La teoría y la evidencia en torno a la importancia que los determinantes sociales tienen sobre la salud, han tenido en los últimos años un importante desarrollo, fruto de las aportaciones de diferentes disciplinas entre las que se incluyen la sociología, la psicología, la epidemiología, la economía, la historia o la antropología. Así, en el modelo social de la salud se incluyen varias aproximaciones que ponen el acento en diferentes aspectos y que abarcan perspectivas individuales, centradas en las conductas relacionadas con la salud, perspectivas de las relaciones sociales y perspectivas estructurales centradas en las condiciones materiales de vida y de trabajo o en aspectos más macroeconómicos o políticos.

Modelo social de salud basado en las conductas relacionadas con la salud

Esta perspectiva destaca la influencia de los comportamientos y de las conductas de las personas sobre su salud. Pone el acento en las decisiones y acciones de los individuos en torno a aspectos como la alimentación, el consumo de tabaco y alcohol o el ejercicio físico y, por lo tanto, amplía la visión de la salud respecto al modelo biomédico clásico. La influencia de los estilos de vida sobre la salud y la enfermedad es clara en un contexto epidemiológico como el de las poblaciones occidentales, en las que la principal carga de enfermedad tiene como origen patologías como los tumores

o las enfermedades circulatorias, muy relacionadas con conductas humanas como la dieta, el ejercicio físico o el consumo de tabaco y alcohol. Uno de los estudios clásicos y pioneros que, dentro de la medicina moderna demostraron la importancia de los hábitos de vida sobre la salud, fueron los desarrollados por Austin Bradford en los años cincuenta y, más tarde, por Richard Doll en la década de los años ochenta (Taylor, 2004), quien analizó la relación entre el consumo de tabaco y el cáncer de pulmón. En la actualidad, la evidencia sobre la relación entre los hábitos de vida y la salud es de tal magnitud que la medicina moderna no pone en cuestión la importancia de los mismos como determinantes de la misma. Ello provoca, por ejemplo, que la promoción de conductas saludables se conciba como una parte relevante de las funciones del sistema sanitario, ya sea en la práctica clínica como en la planificación de las políticas de salud pública (Martin, 2011).

El modelo social de la salud, basado en la importancia de las conductas relacionadas con la salud ha sido ampliamente criticado. Aceptando la gran importancia de los hábitos de vida, lo que se cuestionan son los programas de educación sanitaria por no tener en cuenta que el comportamiento humano, incluido las conductas relacionadas con la salud, tiene que ser entendido dentro del contexto social en el que se produce. Esto lleva a considerar las decisiones en torno a los hábitos de vida no como actos sujetos a la mera voluntad de las personas, sino como acciones fuertemente determinadas por las características de la estructura social. La falta del contexto social en los programas de consejo médico preventivo, en el contexto de la práctica clínica, y basados únicamente en la transmisión de información de manera más o menos persuasiva, estarán condenados al fracaso ya sea desde su inicio o tras un corto periodo desde su puesta en marcha. La razón principal de su falta de eficacia residiría en que no tienen en cuenta el origen estructural de estos comportamientos, ya que se basan en una perspectiva individual que parte de la idea de que llevar una vida saludable depende del acceso a la información y de la fuerza de voluntad individual. Al no considerar los factores estructurales que influyen en los comportamientos dañinos para la salud, los atribuye a la irresponsabilidad individual o a aspectos morales, pudiendo crear un estigma alrededor de tales personas o grupos sociales (Martin, 2011). A pesar de estas críticas el modelo de las conductas relacionadas con la salud supone un progreso respecto al modelo biomédico clásico, ya que tiene en cuenta determinantes más allá de lo puramente biológico.

Modelo social de salud basado en las relaciones sociales y el apoyo social

Esta aproximación tiene sus antecedentes en el estudio sobre el suicidio de Durkheim el cual demostró que un acto concebido como individual es un hecho social, y tiene sus causas sociales. Se demostró que las tasas de suicidios variaban poco a lo largo del tiempo pero existían grandes diferencias en sus tasas entre las diferentes poblaciones y grupos

sociales. En su trabajo Durkheim, puso de manifiesto el papel que juegan factores como la integración social, la percepción de aislamiento o la exclusión social en la salud de las poblaciones (Palacio, 2010).

Esta perspectiva ha sido recientemente ampliada con el término de capital social, concepto que ha generado un gran debate en la literatura sociológica y en la epidemiología social (Navarro, 2002). El capital social, que incluye valores de confianza social y reciprocidad, las prácticas asociativas y el impacto positivo del capital social sobre las expectativas y actitudes de cooperación entre las personas, ha sido incluido en el área de estudio de los determinantes sociales de la salud (Hyde et al., 2004). Así en diversos estudios se establece su relación con la salud, entre las tasas de mortalidad total y específicas y cuatro indicadores de capital social (participación en organizaciones y tres tipos de confianza en el resto) (Kawachi et al., 1997); entre el menor uso de fármacos y la mejora en la autovaloración de la salud con diversas dimensiones del capital social (Macinko y Starfield, 2001; De Maio, 2010). Aunque en ocasiones no se ha identificado una clara relación entre determinados aspectos del capital social y el estado de salud a nivel individual, pero sí en el conjunto de la comunidad.

Modelo social de salud basado en los factores estructurales

Esta aproximación parte del concepto de que el entorno socioeconómico es el principal determinante de la salud y tiene sus orígenes en la teoría marxista (Blane et al., 1997). Según este modelo el capitalismo económico obliga al individuo a asumir los costes sociales del sistema (la pobreza, los riesgos laborales, el desempleo, la ausencia de servicios públicos, etc.) en detrimento de su salud. De esta forma se enfatiza la importancia que la economía y las condiciones de vida materiales tienen en la producción de la salud y la enfermedad, así como los factores políticos que favorecen tales condiciones.

Modelos integrales de los determinantes de la salud

Las diferentes aproximaciones descritas dentro del modelo social de la salud, han centrado su atención en factores que son complementarios y no excluyentes. Durante los últimos quince años, se han desarrollado diferentes modelos para explicar los mecanismos por los cuales los determinantes sociales afectan a los resultados de salud y, así localizar puntos estratégicos para la acción política (OMS, 2005). Los diferentes modelos recogen el amplio conjunto de factores que determinan la salud con un carácter integrador (Bacigalupe et al., 2007). Uno de los modelos más aceptados, es el modelo de los determinantes sociales de la salud propuesto por Dahlgren y Whitehead (Dahlgren y Whitehead, 1991). Este modelo (Figura 1.1.), representa a los principales determinantes de la salud en forma de estratos o capas, localizando en el centro al individuo y los factores constitucionales o no modificables que afectan a su salud (la edad, el sexo o factores hereditarios). Yendo hacia el exterior, la siguiente capa representa las conductas

personales y estilos de vida (fumar, beber, ejercicio físico), modificables mediante la intervención de políticas diversas. Las influencias sociales y comunitarias se representan en la próxima capa, es decir, las interpersonales de los individuos en forma de apoyo social y comunitario. En el siguiente nivel, se incluyen las condiciones de vida y de trabajo, que incluyen factores relacionados con la vivienda, la agricultura y la producción de alimentos, la educación, el empleo y el desempleo, el agua potable y saneamiento y los servicios sanitarios. Finalmente, están representadas las condiciones más generales de carácter socioeconómico y medioambiental, que van a ir ejerciendo su influencia sobre los demás estratos (Dahlgren y Whitehead, 2006).

Figura 1.1. *Modelo de los determinantes sociales de la salud.*



Fuente: Dahlgren y Whitehead, 1991

1.1.3. Las desigualdades sociales en la salud

1.1.3.1 Concepto y relevancia de las desigualdades sociales en salud

La igualdad en salud es la ausencia de diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente (Solar e Irwin, 2010). Por el contrario, el concepto de “desigualdad social en salud” se refiere a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia, lo que se traduce en una peor salud entre los colectivos socialmente menos favorecidos (Whitehead, 1992). Numerosos estudios científicos muestran que las desigualdades en salud son enormes, y responsables de un exceso de mortalidad y de morbilidad superior a la mayoría de factores de riesgo de enfermar conocidos. Además, en aquellos ámbitos donde se ha estudiado, estas desigualdades casi siempre aumentan ya que la salud mejora más rápidamente en las clases sociales más aventajadas (Benach, 1997). La evidencia científica señala que las desigualdades en salud pueden reducirse si se aplican las intervenciones y políticas públicas sanitarias y sociales adecuadas (Whitehead y Dahlgren, 2006). A pesar de que en las últimas décadas del siglo XX y comienzos del siglo XXI la salud de las poblaciones, y particularmente la de los países occidentales ha mejorado sustancialmente, donde la esperanza de vida sigue incrementándose y muchas enfermedades, especialmente las de tipo infeccioso, han desaparecido prácticamente, se constata que esta evolución no ha ocurrido con la misma intensidad o de forma homogénea, tanto si se comparan países, como diferentes grupos sociales dentro de cada país (Starfield, 2007).

La descripción de la magnitud y la evolución de las desigualdades sociales en salud han venido acompañadas de intentos por explicar el origen y la reproducción de tales desigualdades en nuestras sociedades. El primer trabajo en el que se indagaron los posibles mecanismos causales de estas desigualdades llegó con la publicación del Informe Black (Blane, 1985). El esclarecimiento de la cadena causal entre la estructura social y la salud, presenta dificultades conceptuales y metodológicas debido a los numerosos factores que intervienen. Por ello, se han desarrollado diversos modelos integrales sobre los determinantes de las desigualdades sociales en salud, que engloban varios de los factores o aspectos que se describen a continuación (Martín, 2011).

1.1.3.2. Teorías explicativas de las desigualdades sociales en salud

1.1.3.2.1. Teoría de la selección social

Este modelo enfatiza el modo en que los contextos sociales crean estratificación social y asignan diferentes posiciones sociales a los individuos que son las que determinan en las personas sus oportunidades de salud. La perspectiva de la selección social entiende que la buena salud favorece la movilidad social ascendente de las personas mientras que la mala salud conduce al descenso en la escala social (Moore y Porter, 1998). Es

decir, podría entenderse según esta teoría que la mala salud provoca pobreza y no que la pobreza es causante de mala salud (Martin, 2011).

En la revisión realizada por Martin et al., (2012) se muestra que la evidencia producida para validar esta perspectiva, ha estado centrada en la influencia que determinados problemas de salud mental, como la esquizofrenia, o algunos problemas crónicos e incapacidades permanentes, tienen sobre la posición en la escala social. El informe publicado por la oficina regional europea de la OMS (Suhrcke y De Paz, 2011) pone de manifiesto que la buena salud durante la infancia se relaciona con una escolarización más prolongada y que las conductas de vida saludable (como el ejercicio físico, no fumar y no beber) aumentan las probabilidades de éxito escolar. Así, la salud y las conductas relacionadas con la salud influyen en el logro académico, que finalmente determinaría la posición social de las personas en la edad adulta, actuando por tanto como mecanismo de selección indirecto en el estatus socioeconómico. La perspectiva de esta teoría ha sido utilizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005), como base para diseñar diversas intervenciones con el propósito de convertir a las poblaciones pobres o con salud deteriorada en grupos pobres sanos, suponiendo que ello dará lugar a la ruptura del vínculo que relaciona la enfermedad y la pobreza. De este modo, la mejora general de la salud daría lugar a un progreso económico paulatino (Martin, 2011).

1.1.3.2.2. Teoría de la causalidad social

Desde la perspectiva de la causalidad social, las desigualdades sociales en salud estarían causadas por la posición social de las personas que es la que determina su salud, mediante la intervención de factores intermedios. Varios estudios longitudinales, en los que la posición social ha sido medida con anterioridad a los resultados de salud, han mostrado que los grupos socialmente más desfavorecidos tienen un mayor riesgo de padecer determinados problemas de salud. Dependiendo de la importancia que se atribuye a los factores intermedios, se han desarrollado diversas perspectivas para explicar las desigualdades en salud. A continuación se recogen estas perspectivas teniendo en cuenta los factores considerados más relevantes: los factores materiales, los factores psicosociales, las conductas relacionadas con la salud y el sistema sanitario (Martin, 2011).

Los factores materiales o estructurales, hacen referencia a las condiciones de vida, de trabajo productivo y reproductivo y al ambiente físico y social de los lugares de residencia, trabajo y ocio de las personas. Bajo esta perspectiva, las desigualdades sociales en salud se generan por una desigual acumulación y exposición de las personas a factores de riesgo como el desempleo, los riesgos ambientales o la mala calidad de las viviendas, condiciones más habituales en los grupos socioeconómicos más desfavorecidos, definidos por su nivel de estudios, de ingresos y su estatus ocupacional. La explicación de las desigualdades sociales en salud basada en la relevancia de los factores materiales o estructurales pone

de relieve la importancia del tipo de políticas públicas, el tipo de estado de bienestar y otras variables del contexto sociopolítico, ya que todos ellos son aspectos que intervienen en la disponibilidad para acceder a los recursos que tienen las personas y, por tanto, en las posibilidades que tienen de cuidar de su salud (Departamento de Sanidad, 2005).

Los factores psicosociales. El origen del enfoque psicosocial de las desigualdades sociales en salud, parte de la premisa de que el papel de los factores materiales no es suficiente para explicar el origen y la reproducción de las desigualdades sociales en salud. Esta premisa se evidencia en varios estudios en los que se observó que el grado de desigualdad en la renta, independientemente de su nivel absoluto, estaba relacionado con indicadores como la esperanza de vida, la mortalidad y otras variables relacionadas con la salud en los países ricos (Wilkinson, 1997). Desde esta perspectiva se afirma que más allá de los ingresos individuales, que pueden dar idea de las condiciones de vida materiales de las personas, el estado de salud de los individuos depende de la posición relativa de sus ingresos en la escala social y de la consecuente percepción subjetiva de tal distancia a la media de la sociedad, y no tanto del nivel absoluto de riqueza o pobreza. De esta manera, las desigualdades sociales en salud se generarían a partir de los efectos directos o indirectos del estrés, derivado de la pertenencia a determinados grupos socioeconómicos y de la percepción de pertenecer a un nivel bajo en la sociedad poco igualitaria (Bacigalupe y Martín, 2007).

Los estudios Whitehall, centrados en el análisis del gradiente social en la mortalidad y morbilidad de los funcionarios públicos del Reino Unido en los años setenta, constituye un referente para este enfoque (Marmot et al., 1978). Debido a las características de la población estudiada, personas con puesto de trabajo estable y no expuestos a los riesgos laborales, evidencian que las diferencias en la mortalidad y la morbilidad no podían ser atribuibles exclusivamente a situaciones de privación o pobreza, concluyendo que existía un elemento añadido que se relacionaba con la posición relativa de las personas a la escala social con una importante influencia para su salud.

El fundamento conceptual de este enfoque se encuentra en el estudio clásico de Cassel, en el que se argumenta que el estrés provocado por las experiencias en contextos sociales desfavorecidos altera la susceptibilidad de las personas a determinados huéspedes, influyendo en la función neuroendocrina e incrementando la vulnerabilidad del organismo a las enfermedades (Cassel, 1976). Posteriormente, Wilkinson y Kawachi (Kawachi et al., 1999; Marmot y Wilkinson, 2006) trataron de relacionar la alteración de los patrones neuroendocrinos y varios indicadores de salud con la percepción que las personas tienen sobre la posición que ocupan en la jerarquía social. Según los citados autores las desigualdades sociales en salud se generarían en las personas a partir de la experiencia de vivir en sociedades desiguales que les conduce a comparaciones constantes de su estatus, posesiones y condiciones de vida con las del resto, provocando

sentimientos de estrés, vergüenza, insatisfacción e impotencia en aquellos individuos en posiciones socialmente más desaventajadas. A nivel social, las sociedades muy desiguales, con jerarquías muy marcadas por nivel de ingresos o estatus social favorecen la desintegración de los lazos sociales, lo cual debilita la cohesión social y el capital social, aspectos que asimismo tendrían una influencia negativa en la salud poblacional (Wilkinson y Pickett, 2006).

El concepto de capital social es clave para la interpretación psicosocial de las desigualdades en salud (Stansfeld, 1999), si bien ha sido ampliamente criticado (Waterson et al., 2004). Estas críticas se basan por una parte en que no existe consenso sobre las dimensiones que conforman el capital social, ya que los estudios analizan diferentes aspectos como la confianza, la percepción de seguridad, y la participación social. Además, tampoco existe consenso sobre el efecto beneficioso que en determinadas circunstancias podría tener el capital social y la asociación encontrada entre las desigualdades sociales en salud y los factores psicosociales es más débil que la encontrada con los factores materiales. También se cuestiona que no se hayan incluido en el género y la edad los estudios de capital social y salud, ya que éstos están directamente relacionados con dimensiones como el estrés, de gran interés en la teoría del capital social. Por otro lado, tal y como señalan varios autores, el interés actual y el impacto que se le ha atribuido al capital social como generador de bienestar en la población contribuye a que se relegue a un segundo plano la responsabilidad de la clase política en la inversión de programas públicos para el desarrollo del estado de bienestar y la importancia de los determinantes sociales de la salud (Muntaner, 2004; Solar e Irwin, 2010).

Los enfoques materialistas y psicosociales, han sido protagonistas de importantes debates en el campo de la epidemiología social. Los autores que enfatizaban la importancia de los factores materiales no prestaban la misma atención a los factores psicológicos y viceversa. El debate entre ambas perspectivas y su reflejo en varias revistas científicas podría situarse en la interpretación dada a los resultados en torno a la relación entre la desigualdad en la renta y la salud. Sin embargo estas posturas no deberían estar enfrentadas ya que sus planteamientos resultan complementarios para el entendimiento de las desigualdades sociales en salud. Tanto el acceso a los recursos materiales como la capacidad de beneficiarse de los mismos, determinado por las relaciones sociales de las personas, influyen en las desigualdades sociales en la salud, ya que todos los recursos materiales de importancia tienen también una implicación psicosocial y viceversa. Así, las corrientes materialistas acertarían al señalar que incluso en las sociedades más desarrolladas, las clases sociales más bajas sufren mayor privación material, lo que directamente incide sobre su salud. Por otro lado, la perspectiva psicosocial también estaría en lo cierto al afirmar que las percepciones asociadas a vivir en una sociedad injusta y poco equitativa pueden dañar las redes sociales y empeorar la salud de las personas, con independencia de su nivel de renta absoluto (Martín et al., 2007).

Los hábitos o conductas relacionados con la salud forman un tercer grupo de factores dentro de la perspectiva de la causalidad social de las desigualdades en salud. En este caso el foco se centra en las conductas individuales relacionadas con la salud como el hábito tabáquico, la dieta, el consumo de alcohol o la realización de ejercicio físico en el origen de las desigualdades de salud. Normalmente, estas conductas se distribuyen según el gradiente social, según el cual las personas de grupos socioeconómicos desfavorecidos tienden a fumar y beber en mayor proporción, y a realizar menos actividad física (Huisman et al., 2005). A pesar de esto en diferentes estudios longitudinales, se ha demostrado que tras controlar las conductas relacionadas con la salud en los análisis, la asociación entre la posición socioeconómica y el estado de salud o mortalidad se mantienen. Otros trabajos también han evidenciado que las desigualdades en la mortalidad se mantienen entre los niveles socioeconómicos, incluso con independencia del patrón de consumo de tabaco y de otros factores de riesgo (Phelan et al., 2004).

El papel de los hábitos de vida en las desigualdades de salud ha sido ampliamente estudiado debido a la facilidad metodológica para la recogida de variables tales como el tabaquismo, el consumo de alcohol, el tipo de dieta, y el ejercicio físico, incluidas en encuestas de salud a nivel estatal e internacional. Por este motivo, se le ha atribuido un papel predominante, dejando de lado otros factores relevantes. Los tres grupos de factores explicativos dentro del marco de la causalidad social que se han detallado están interrelacionados (materiales, psicosociales y de hábitos de vida). Así, las condiciones materiales adversas existentes en grupos socioeconómicos bajos pueden actuar como fuente de estrés psicosocial y a su vez este influye sobre el tipo de hábitos adoptados y por ende sobre la salud. Respecto a las desigualdades de género, la mayor parte de los estudios publicados apuntan a que las mujeres tienden a adoptar conductas más saludables mientras que los hábitos de los hombres son más perjudiciales para la salud, ya que responden a las exigencias de su rol masculino que lleva a asumir mayores riesgos y realizar actividades de mayor esfuerzo físico. De ahí que en los estudios realizados, los hombres muestran mayores consumos de alcohol y de tabaco, especialmente en el sur de Europa, aunque presentan menores tasas de sedentarismo que las mujeres durante el tiempo libre (Bacigalupe y Martín, 2007; Schaap et al., 2009). Aunque, recientemente la evolución de las desigualdades de género en los hábitos de vida parece estar acercando los patrones masculinos y femeninos (Macintyre et al., 1996).

La perspectiva centrada en el papel que juegan las conductas relacionadas con la salud no satisface completamente las explicaciones sobre el origen de las desigualdades sociales en salud ya que, tal y como demuestran diferentes investigaciones, la asociación entre la posición socioeconómica y el estado de salud o la mortalidad se mantiene después de controlar el efecto que tienen los hábitos de vida (Lantz et al., 1998; 2010). Incluso con independencia del patrón de consumo de tabaco y de otros factores de riesgo, diferentes estudios han mostrado sistemáticamente que las desigualdades en la

mortalidad entre los niveles socioeconómicos siempre han existido (Phelan et al., 2004). La importancia atribuida a las conductas individuales relacionadas con la salud proviene, fundamentalmente, del enfoque de la epidemiología a partir de la segunda mitad de siglo XX, que ha estado centrado en la identificación de los factores de riesgo asociados a enfermedades específicas (Bacigalupe y Martín, 2007).

Los servicios sanitarios han sido poco utilizados en el análisis del origen de las desigualdades en salud, posiblemente debido a que tradicionalmente han ocupado un papel central en el modelo biomédico. Sin embargo, es importante señalar la importancia de los servicios de salud de acceso universal como factor compensador de los efectos que otros determinantes de la salud tienen en la salud como la atención en los accidentes laborales, más prevalentes en los sectores manuales menos cualificados. También es relevante su papel en la superación de problemas derivados de las malas condiciones materiales.

Por otra parte, existe una amplia bibliografía sobre las desigualdades en el acceso y la atención sanitaria en los diferentes grupos socioeconómicos (Informe sobre la salud en el mundo; 2006) especialmente importantes para el acceso y utilización de los servicios preventivos, especializados y los no cubiertos por el sistema público de salud (Wagstaff, 2002; Borrell y Benach, 2006).

1.1.3.2.3. Teoría de la perspectiva vital

En el debate sobre la explicación de las desigualdades sociales en salud, la perspectiva vital constituye un elemento relevante, que actúa de manera transversal a todos los factores descritos con anterioridad (Bacigalupe y Martín, 2007). La perspectiva vital hace referencia al tiempo, y pone énfasis en la importancia de considerar el efecto acumulativo desigual que diversos factores relacionados con la desventaja económica y social juegan a lo largo de la vida de las personas. Esta teoría enfatiza que los determinantes sociales operan de manera diferenciada en las diferentes etapas de la vida de las personas: infancia, adolescencia y adultez, y pueden llegar a afectar en la salud inmediatamente o en momentos posteriores. Un ejemplo de aplicación de esta teoría es la conocida hipótesis de Barker sobre la asociación entre carencia de nutrientes en la etapa fetal y el padecimiento de enfermedades cardiovasculares en la edad adulta. Desde esta perspectiva, la salud y la enfermedad son el producto de exposiciones continuadas a diferentes factores de riesgo que se suceden a lo largo de la vida de las personas, y en este sentido, la vivencia durante la etapa de la niñez, en un entorno socioeconómico bajo influye en el tipo de conductas relacionadas con la salud y en el desarrollo de determinadas enfermedades en la vida adulta (Barker y Clarck, 1997; Van de Mheen et al., 1998). Por lo tanto, desde esta perspectiva las desigualdades sociales en la salud actual de las personas, deben explicarse teniendo en cuenta las condiciones sociales existentes, al menos, durante una generación

anterior, ya que éstas habrán influido en la salud física y mental de la madre y esta a su vez sobre la del feto, con la consiguiente probabilidad de morbilidad y muerte prematura en su vida. Por lo tanto, las desigualdades sociales se heredan, ya que los determinantes como la privación material, y la marginación social actúan sobre la salud en períodos muy tempranos de la vida y permanecen presentes a lo largo del ciclo vital (Rico, 2002).

La interrelación de los factores recogidos en las perspectivas anteriores para la explicación de las desigualdades sociales en salud ha conducido al desarrollo de modelos integrales en los que confluyen todas o varias de estas perspectivas.

1.1.3.3. Modelos integrales para la explicación de las desigualdades sociales en salud

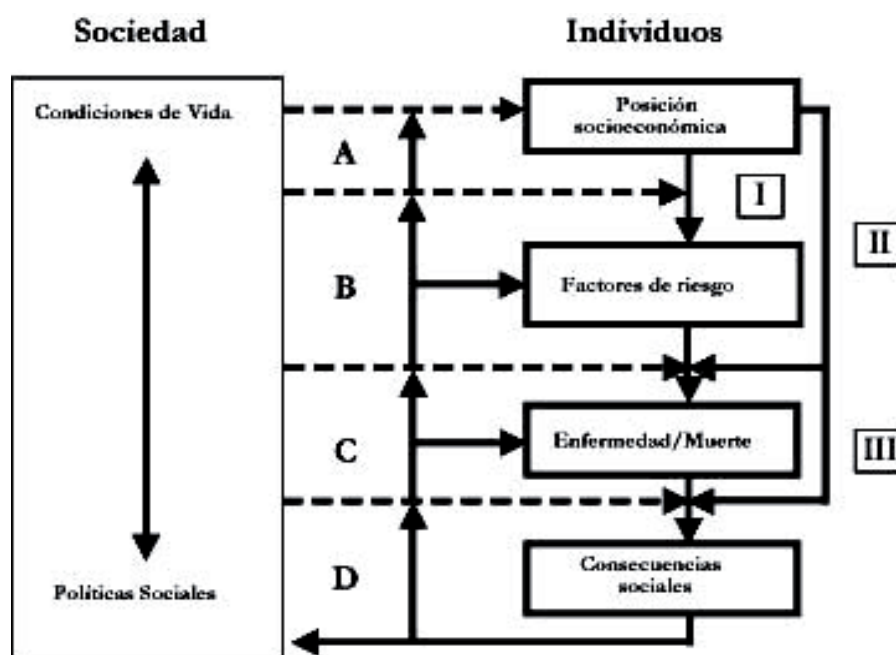
La interrelación de los diversos factores recogidos según las teorías anteriores, para la explicación del origen de las desigualdades sociales en salud, ha conducido al desarrollo de modelos integrales en los que confluyen todas o varias de estas perspectivas teóricas (Bacigalupe y Martín, 2007). Entre los modelos integrales desarrollados destacan: el propuesto por Dahlgren y Whitehead (Dahlgren y Whitehead, 1991), que aunque no está específicamente dirigido a explicar las desigualdades sociales en salud, si tiene una gran influencia en el estudio de los determinantes sociales de la salud; el modelo de Diderichsen, Evans y Whitehead sobre estratificación social y producción de enfermedades (Diderichsen et al., 2001); y el Modelo propuesto por la OMS. A continuación se describe brevemente cada uno de ellos.

El modelo de Diderichsen, Evans y Whitehead (Evans et al., 2001), sitúa en el centro la posición social, como principal factor que permite interpretar los mecanismos que generan las desigualdades en salud (Figura 1.2). Según este modelo cada sociedad cuenta con unos determinados mecanismos y procesos de generación y distribución del poder y la riqueza, que crean sistemas de estratificación social. Estas posiciones sociales desiguales conllevan exposiciones diferenciales a diferentes riesgos para la salud, así como una vulnerabilidad diferencial a estos riesgos, debido a las condiciones de salud y la disponibilidad de recursos para hacerles frente. La posición social determina, asimismo, las consecuencias diferenciales económicas y sociales, así como en resultados en salud, ante las mismas enfermedades (Bacigalupe y Martín, 2007).

En 2008, la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS publicó su informe “Subsanar las desigualdades en una generación” (CSDH, 2008), basado en un marco conceptual de los determinantes sociales de la salud que explica la generación de las desigualdades en salud, en base a los llamados determinantes estructurales de las desigualdades y de los determinantes intermedios. Una versión modificada del modelo fue realizada por la Comisión para la reducción de las desigualdades en España (Figura 1.3) que identifica 2 tipos de determinantes los estructurales y los intermedios; y que además se distingue por la incorporación explícita del sistema sanitario, relevando el

efecto que el sistema sanitario puede generar en interacción con los otros determinantes para modificar, atenuar y/o ampliar el efecto de los otros determinantes.

Figura 1.2. *Modelo de los determinantes de las desigualdades sociales en salud.*



Fuente: Diderichsen, Evans and Whitehead, 2001

Los factores estructurales incluyen los aspectos relacionados con el contexto socioeconómico y político que van a modelar la estructura social de las sociedades y su sistema de estratificación. Así el contexto socioeconómico y político se refiere a aquellos factores que afectan de forma importante a la estructura social y la distribución de poder y recursos dentro de ella. Se incluyen como factores: a) Gobierno en su aspecto amplio, es decir, la tradición política, la transparencia, la corrupción, el poder de los sindicatos, etc. y b) actores económicos y sociales como por ejemplo las grandes corporaciones. Ambos van a determinar las políticas macroeconómicas, como las políticas fiscales y las relaciones entre los agentes sociales que afectan al mercado de trabajo y, las políticas públicas que conforman el Estado de Bienestar: educación, atención sanitaria y protección social. Además, también se incluyen en este apartado los valores sociales y culturales que sustentan las políticas y las jerarquías.

Las jerarquías de poder, determinan los distintos ejes de desigualdad en la sociedad como son la clase social, el género, la edad, la etnia o la raza y el territorio. Estos ejes determinan las oportunidades de tener una buena salud y ponen en evidencia la existencia de desigualdades en salud debido al poder, el prestigio y el acceso a los recursos. Estos

ejes de desigualdad están relacionados con las relaciones de clase, género, edad o etnia injustas basadas en prácticas institucionales e interpersonales, donde miembros de un grupo dominante adquieren privilegios a base de subordinar a otras personas y justifican estas prácticas mediante ideologías de superioridad o diferencias.

Figura 1.3. *Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud.*



Fuente: Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010

Esta posición desigual determina desigualdades en los factores intermedios, los cuales, a su vez, determinan las desigualdades en salud. Estos factores incluyen en primer lugar los recursos materiales que son: a) Las condiciones de empleo (situación laboral, precariedad) y trabajo (riesgos físicos y ergonómicos, organización y entorno psicosocial); b) la carga de trabajo no remunerado (tareas domesticas y de cura de las personas); c) el nivel de ingresos y la situación económica y patrimonial; d) la calidad de la vivienda y sus equipamientos; e) el barrio o área de residencia y sus características. Los recursos materiales, a su vez, influyen en los procesos psicosociales como la falta de control, de apoyo social, y las situaciones de estrés (acontecimientos vitales negativos); y también en las conductas con influencia en la salud (consumo de alcohol, tabaco, la dieta o la práctica de actividad física) y los procesos biológicos que de todo ello derivan. Finalmente, en relación a los servicios de

salud, el modelo muestra el peso limitado que éstos tienen en la comprensión del estado de salud de las poblaciones y su distribución. Aunque los servicios sanitarios, en sí mismos, contribuyen poco a la generación de las desigualdades en salud, es importante destacar, que un menor acceso a los servicios de salud y una menor calidad de los mismos, para los grupos sociales menos favorecidos puede repercutir en unas peores consecuencias de los problemas incidentes en la salud y bienestar.

1.1.3.4. Políticas para reducir las desigualdades en salud

Las políticas para disminuir las desigualdades en salud son una prioridad para muchos países y, responden al objetivo número dos de la Estrategia de Salud para el siglo XXI de la Organización Mundial de la Salud (Health 21, 1999), en la que se recoge *para el año 2020, las diferencias en salud entre los grupos socioeconómicos de cada país, se deberán reducir en al menos una cuarta parte en todos los estados miembros, mediante la mejora sustancial del nivel de salud de los grupos más desfavorecidos.*

En 2005 la OMS creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud con el fin de recabar datos científicos sobre posibles medidas e intervenciones en favor de la equidad en salud y promover un movimiento internacional para alcanzar ese objetivo. El informe resultante (Marmot, 2007) está estructurado a partir de tres principios básicos de acción, en primer lugar, la mejora de las condiciones de vida, es decir, las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece. En segundo lugar, la lucha contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, esto es, los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida, a nivel mundial, nacional y local. Y por último, la medición de la magnitud del problema, evaluación de las intervenciones, ampliación de la base de conocimientos, y la dotación de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilización a la opinión pública a ese respecto.

Entre los principios a tener en cuenta cuando se pretende poner en marcha políticas para disminuir las desigualdades en salud, deben incluirse intervenciones que contemplen los distintos ejes de desigualdad: la clase social, el género, la edad, la etnia y el territorio o área geográfica (Whitehead y Dalghren, 2006). Además, según Whitehead y Dalghren, existen tres aproximaciones a la reducción de las desigualdades en salud: las estrategias que focalizan en la mejora de la salud de los grupos más vulnerables; las que se centran en la reducción de las desigualdades entre estos grupos y los más favorecidos; y por último la aproximación dirigida a la reducción de las desigualdades en toda la población, teniendo en cuenta el conjunto del gradiente social. Hay consenso sobre la necesidad de utilizar todas las estrategias, priorizando en las acciones que se centran en el gradiente social (Graham, 2004).

Los antecedentes históricos y el contexto político contribuyen a entender el desarrollo de las políticas para reducir las desigualdades en salud. Un hito de gran relevancia fue la declaración *Salud para Todos en el año 2000* (SPT 2000) de la OMS cuya adaptación para la región europea incluyó objetivos de reducción de las desigualdades en salud entre países y,

entre grupos sociales, dentro de cada país (Health 21, 1999). Esta declaración tuvo un gran impacto en las políticas de los países europeos, y muy especialmente en los escandinavos. También es importante resaltar el impacto internacional de la publicación en 1980 del Informe Black, que puso en evidencia la gran relevancia de las desigualdades en salud en el Reino Unido. Es así como en las últimas décadas, diversos países europeos comenzaron a formular objetivos de reducción de desigualdades en sus políticas de salud, y planes específicos. Algunos países, como Finlandia, han llegado a desarrollar planes específicos tras comprobar que las políticas universales de mejora de la salud de la población no conseguían por sí solas reducir las desigualdades en salud.

En el contexto europeo es posible desarrollar políticas para reducir las desigualdades sociales en salud, integradas en las políticas y programas sectoriales. Se ha dado una evolución hacia políticas universales, que se enfocan en disminuir el gradiente social de la salud en toda la población, y que combinan acciones sobre los determinantes estructurales del entorno político y económico, las condiciones de vida y las conductas. Esnaola et al., (2012) revisaron las políticas para reducir las desigualdades en salud en algunos países europeos con experiencias de interés (Finlandia, Suecia, Noruega, Inglaterra, Irlanda, Dinamarca y Holanda). En Finlandia, Suecia y Noruega se ha evolucionado hacia políticas universales, enfocadas a disminuir el gradiente social en la salud, que incluyen acciones sobre los determinantes estructurales de la salud, las condiciones de vida y las conductas relacionadas con la salud. Por el contrario, Inglaterra e Irlanda primaron un enfoque selectivo hacia los grupos menos favorecidos, con acciones limitadas a las condiciones de vida y las conductas.

Los planes para reducir las desigualdades en salud en el país finés se han basado en la reducción de la pobreza a partir de la revisión, clarificación y simplificación del actual sistema de seguridad social en relación a los impuestos, prestaciones básicas y protección por desempleo. Mientras tanto, en Noruega el sistema impositivo asegura un nivel de renta estable a la población, una asignación equitativa de recursos, la mejora del medioambiente, y la creación de empleo. Por su parte, Suecia se centra en el fortalecimiento de la democracia y los derechos humanos y la lucha contra la discriminación a través de políticas de mercado laboral, igualdad de género, la integración, así como el fortalecimiento de áreas urbanas vulnerables.

En Inglaterra el sistema “Sure Start” se ha dirigido al cuidado y el desarrollo de menores de 4 años y sus progenitores en zonas desfavorecidas, a través de la educación gratuita, las visitas a domicilio o las ayudas económicas para la maternidad. Y en Irlanda, se ha venido desarrollando un programa de acciones para conseguir a través de la Estrategia Nacional contra la Pobreza y Salud la reducción de las desigualdades en salud mediante la mejora del acceso a los servicios básicos y especializados de salud (Esnaola et al., 2012).

En España, a pesar de la evidente existencia de desigualdades socioeconómicas en salud, las estrategias para disminuirlas prácticamente no han formado parte de la agenda política (Diez y Peiró, 2004; Borrell et al., 2005). Por vez primera se intentó estudiar las

diferencias socioeconómicas en la salud de la población, con la publicación en 1994 del libro “Diferencias y desigualdades en salud en España”. En 1996 se publica el primer informe de desigualdades sociales en nuestro país, y a partir de ese momento aumenta de modo progresivo el conocimiento en torno a las desigualdades socioeconómicas en salud a través de diferentes grupos que han investigado y publicado acerca de ello, basándose en encuestas poblacionales de salud y los análisis de la mortalidad (Blouin et al., 2009). Dentro de los principios y valores que rigen las estrategias o planes de salud en las CCAA, la equidad y las desigualdades se han incluido de forma explícita, en mayor o menor medida, como una prioridad y un valor que debería regir las políticas de salud y de servicios sanitarios, y en las CCAA en las que se ha realizado el análisis longitudinal, dicha sensibilidad globalmente ha aumentado. Así, en los últimos años, los estudios sobre desigualdades en salud han aumentado considerablemente, siendo Andalucía, Cataluña, Madrid y País Vasco, las comunidades que han contribuido con un mayor número de publicaciones.

La Comunidad Andaluza, ha llevado a cabo estudios que analizan desigualdades, principalmente socioeconómicas, tanto en la mortalidad, como en la salud percibida, en la adherencia al TARGA o el riesgo de padecer cáncer. Además recientemente ha sido publicado el Primer Informe sobre “Desigualdades y Salud en Andalucía”, desarrollado de modo independiente a la Administración (Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía, 2008). La Comunidad Autónoma de Madrid, cuenta con publicaciones en torno a la evolución de las desigualdades socioeconómicas de salud, así como su relación con el acceso a los servicios sanitarios (Costa y Dérrico, 2006), la esperanza de vida, y el riesgo de padecer hipertensión. En Cataluña los estudios de desigualdades en salud se centran en la relación de las inequidades socioeconómicas y la mortalidad, el estado salud percibido, la salud mental y dental, destacando el esfuerzo realizado por la Agència de Salut Pública de Barcelona (Borrell et al., 1997; Diez y Peiró, 2004).

En el País Vasco, se han realizado diversos estudios sobre las desigualdades sociales en la salud, y la incidencia que determinadas variables, especialmente las ligadas a la clase social y al género, tienen sobre la salud de las personas, creando diferencias evitables e injustas. Además, la información para el estudio de los determinantes sociales de la salud proviene fundamentalmente de las diferentes ediciones de las Encuestas de Salud realizadas por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco (1986, 1992, 1997, 2002 y 2007), de las ediciones de las Encuestas de Condiciones de Vida realizadas por el Instituto Vasco de Estadística (1989, 1994, 1999, 2004 y 2009), así como a partir de fuentes tradicionales, como son las del Movimiento Natural de la Población (registro de defunciones y nacimientos) (Bacigalupe y Martín, 2007).

En España, en Noviembre de 2008, a petición de la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior del Ministerio de Sanidad y Política Social, se constituyó la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España con el cometido de elaborar una propuesta de medidas de intervención para disminuir las desigualdades en salud.

Los dieciocho profesionales que la formaban realizaron un análisis de situación sobre las desigualdades en salud y las políticas para reducirlas, revisaron documentos internacionales y consultaron a cincuenta y seis expertos de distintos ámbitos para elaborar una propuesta de recomendaciones para disminuir las desigualdades en salud. En mayo de 2010, la Comisión presentó el documento “Avanzando hacia la equidad: Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España.” En el documento se detallan 166 recomendaciones, divididas en 14 áreas y ordenadas por prioridad. Las recomendaciones evidencian que la reducción de las desigualdades sociales en salud no es posible sin un compromiso para impulsar la salud y la equidad en todas las políticas y para avanzar hacia una sociedad más justa (Propuesta de políticas e intervenciones, 2012).

1.2. Los flujos migratorios en el contexto de la Unión Europea y España

Las migraciones son procesos de movimientos poblacionales entre las fronteras de dos países (migración internacional) o de diferentes regiones dentro de un mismo país (migración interna), con independencia de su duración, composición, naturaleza o causa. Las migraciones incluyen los desplazamientos de personas refugiadas, desplazadas, desarraigadas y por razones económicas. Los movimientos migratorios internacionales, concretamente, se refieren a los procesos por los cuales personas no nacionales se desplazan a un país con el propósito de establecerse en el mismo y por lo tanto conlleva una traslación no solo espacial sino un cambio vital y social importante (Migration and Health, 2011). El continente europeo es, en la actualidad, el principal destino de los movimientos migratorios mundiales, seguido por Norteamérica y Asia. Gran parte de estos movimientos son intraeuropeos, ya sea dentro de la UE, la única gran región mundial en la que la inmigración interna es libre, ya sea desde el Este hacia la UE o en el interior hacia Rusia o Ucrania. En términos nacionales, EEUU sigue siendo el principal receptor en el mundo, seguido por Rusia, pero cuatro países de la UE, Alemania, el Reino Unido, Francia y España, están entre los diez con mayor número de inmigrantes, definidos como nacidos en el extranjero. Para comprender la evolución reciente de la inmigración en Europa es necesario considerar algunos aspectos relevantes de la inmigración internacional producidos durante las últimas décadas (Migration and Health, 2011).

Las características de la inmigración se encuentran determinadas por el contexto político y económico de cada época histórica. A partir de la Segunda Guerra Mundial, el desarrollo económico y social de Europa ha hecho que ésta se convirtiera en una de las principales regiones de destino para la inmigración proveniente de todo el mundo. Si bien este proceso se ha producido de forma paulatina, Zimmerman (2005) distingue al menos cuatro grandes

fases: 1ª) El período de 1945 a 1960 caracterizado por los ajustes posteriores a la guerra y descolonización. Los inmigrantes provienen de las ex-colonias dirigiéndose, sobre todo, a Bélgica, Reino Unido, Francia y los Países Bajos. 2ª) El periodo entre 1955-1973, donde la inmigración tiene un carácter interno y se encuentra fundamentalmente motivada por motivos económicos. Durante las décadas de los años 50 y 60 surgen los “guest workers programmes” dirigidos a cubrir los huecos existentes en el mercado laboral, especialmente los trabajos de baja cualificación en la industria. En Europa se reclutan principalmente trabajadores del sur como es el caso de España, que se dirigen a países como Alemania, Francia, Austria, Suiza, etc. 3ª) El período que comienza a partir de 1973, donde la crisis económica asociada al aumento del precio del petróleo lleva a los gobiernos de los países europeos a detener el reclutamiento activo de inmigrantes que se había desarrollado hasta entonces y las políticas migratorias se vuelven más restrictivas. 4ª) El período que comprende desde finales de los años 80 hasta la década de los años 90, en los que la inmigración proviene en gran parte de los países de Europa del Este, frecuentemente bajo el estatus de solicitantes de asilo o refugiados. Así, mientras en los años 70 y 80, los inmigrantes provenían de Asia y África, en la década de los años 90 se incrementan significativamente las personas inmigrantes provenientes de países europeos. La inmigración internacional, es sin duda, un fenómeno que viene caracterizando el desarrollo social, económico, político y cultural de las sociedades europeas durante las últimas décadas, no tanto por la novedad sino por las dimensiones que ha ido alcanzando. Además, este aumento de la presencia de población de origen extranjero en los distintos países de la Unión Europea se ha visto acompañado, por otra parte, de un reducido, cuando no negativo, crecimiento vegetativo de las distintas poblaciones nacionales, lo que se ha traducido en un incremento de su peso relativo en el conjunto de la población.

1.2.1. La inmigración en la Unión Europea

El número total de personas extranjeras que vivían en el territorio de un Estado miembro de la UE a 1 de enero de 2010 era 32.500.000 personas, lo que representa el 6,4% de la población de la UE-27. En términos absolutos, el mayor número de extranjeros se encuentra en Alemania (7,1 millones de personas), España (5,7 millones), el Reino Unido (4,4 millones), Italia (4,2 millones) y Francia (3,8 millones). Las personas extranjeras en estos cinco Estados miembros representan colectivamente el 77,4% del total de extranjeros residentes en la UE-27, mientras que los mismos cinco Estados miembros representan el 62,8% de la totalidad de la población de la UE-27. En términos relativos, el Estado de la UE con mayor porcentaje de personas no nacidas en el país era Luxemburgo, ya que representaban el 43,5% del total de la población del país a principios de 2010, aunque el 86,3% procedían de otros Estados miembros de la UE.

En cuanto a la distribución por origen geográfico, más de un tercio de todas las personas extranjeras que vivían en la UE-27 procedían de otro Estado no miembro de la UE (un total de 12,3 millones de personas), principalmente Turquía, Albania y Ucrania. El segundo grupo más numeroso corresponde a las personas procedentes de África (25,2%), seguidas de las Asia (20,9%), América (16,4%) y Oceanía (0,9%). Más de la mitad de las personas procedentes de África viviendo en la UE proceden del Norte de África (Marruecos y Argelia) y de entre las de Asia proceden de India y China. El mayor porcentaje de las personas procedentes de Latinoamérica, viviendo en la UE, procedían de Ecuador, Brasil y Colombia (Eurostat, 2011). En 2009, el Reino Unido registró la llegada del mayor número de inmigrantes (566.500), seguido de España (499.000) e Italia (442.900), localizándose más de la mitad (50,3%) del total de los inmigrantes en los Estados miembros en estos tres países.

Los países de origen de las personas inmigrantes que viven en la UE, varían enormemente entre los Estados y viene determinado por factores como la migración laboral, los vínculos históricos entre los países de origen y destino, y las redes establecidas en los países de destino. Cada uno de los países europeos presenta una realidad diferente, y las características de los inmigrantes también varían según los distintos países. Por ello es aún más difícil poder conseguir una política común que solucione no sólo los aspectos económicos, sino también que permita afrontar de manera adecuada su situación social.

La UE ha recibido en los últimos 12 años casi cinco veces más inmigrantes extracomunitarios que los recibidos en los años 50 y 60, cuando se produjo la primera gran oleada de inmigración hacia Europa. Pero el destino de esta inmigración reciente es muy diferente a la anterior: los países que recibieron más inmigrantes en los años 60, como Francia, Alemania, Suiza, los Países Bajos y Bélgica, reciben ahora una inmigración de mucho menor tamaño. En el caso extremo de los Países Bajos, desde 2004 registra una inmigración neta negativa, tienen más emigrantes que inmigrantes, mientras que el grueso de los inmigrantes se dirigen a Europa del Sur y al Reino Unido: España, Italia y el Reino Unido han recibido en conjunto una migración neta de 8.944.000 personas entre 2000 y 2007, lo que supone un 73% del total que recibió la UE en ese período (12.283.000 personas). España ha sido la principal receptora de inmigración neta en lo que va de siglo, con 4.663.000 personas, más de un tercio del total europeo, seguida a distancia por Italia (2.809.000) y el Reino Unido (1.472.000).

Una de las políticas más importantes que actualmente se sigue debatiendo es el grado y tipo de apertura de la Unión Europea en relación con los procesos migratorios. Entre los diversos argumentos esgrimidos para apoyar su apertura, interesa destacar al menos tres de ellos. El primero hace referencia a la necesidad de incrementar la relación entre la población activa y el envejecimiento de la población que, algunos gobiernos han denominado migración de reemplazo. Las necesidades de empleo no

son satisfechas por los trabajadores autóctonos, debido a los bajos salarios, malas condiciones laborales y el bajo estatus social que ofrecen algunos trabajos y/o sectores. Como consecuencia, estos trabajos son los que realizan sobre todo las personas inmigrantes (Taran y Geronimi, 2002).

El segundo argumento se basa en el llamado “déficit demográfico” que existe en varios países de Europa y que lleva a la necesidad de incorporar población inmigrante que pueda suplir dicho déficit. Se calcula, que debido al aumento de la esperanza de vida en la UE, la población mayor de 65 años representará en el año 2050 aproximadamente el 22% de la población (Taran y Geronimi, 2002). Estos dos argumentos se basan sobre todo en el interés económico planteado por los estados de bienestar europeos.

Mientras, un tercer argumento, destaca la potencial contribución que supone el incremento de los flujos migratorios desde los países del Sur hacia los países del Norte. Se refiere al papel de las remesas (transferencias privadas que los trabajadores inmigrantes residentes en un país anfitrión realizan a receptores en el país de origen), que ayudan a aumentar en el país de origen el nivel de vida y un mayor número de oportunidades para la población. Se estima que a escala global, las remesas enviadas a países en desarrollo durante el año 2010, fueron de 325.000 millones de dólares y se estima que podría ser aún mayor, si se incluyeran las vías informales de envío de remesas. Esa cifra supone más del 10% del Producto Interior Bruto (PIB) en muchos países en desarrollo y supone la principal fuente de intercambio entre estados (Ratha, 2011). Un ejemplo de ello, es el país de México, donde las remesas constituyen en la actualidad la segunda fuente de divisas, tras las exportaciones de petróleo (Benach et al., 2010; Porthé, 2010). Sin embargo, existen muchas dudas sobre la efectividad de esta aproximación, ya que numerosos estudios ponen en duda los efectos de las remesas sobre el nivel de desarrollo de los países receptores, no están muy claros sus efectos a largo plazo y sus potencialidades. A todo esto debe sumarse el hecho de que los países que más emigrantes producen no son los más pobres sino los de nivel medio, como México o Turquía, de la misma forma que dentro de los países en desarrollo no son los más pobres los que más emigran sino las capas medias.

En la UE, según revelan los sondeos de opinión, la inmigración se ha convertido en uno de los principales motivos de preocupación de los ciudadanos, mientras que las posiciones anti-inmigración no dejan de extenderse, alimentando el éxito electoral de partidos xenófobos y obligando a los partidos mayoritarios a modificar sus posiciones ante la inmigración en un sentido restrictivo. La inmigración es uno de los elementos de la vida social, en los que existe un mayor divorcio entre las opiniones públicas y los resultados de las políticas: el número de inmigrantes continúa aumentado en muchos países a la vez que los ciudadanos rechazan el proceso.

1.2.2. Movimientos migratorios en España y en el País Vasco durante el siglo XX

La perspectiva histórica de los movimientos migratorios en España es útil para comprender la situación actual de la inmigración. España ha dejado de ser en las últimas dos décadas un país emisor para convertirse en un país receptor de inmigrantes (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions 2007a; Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico 2007). A principios del siglo XX comenzó la emigración española dirigida principalmente a varios países de Latinoamérica como Argentina, Brasil o Uruguay. Uno de los factores que explica una parte de éste fenómeno fue la llegada de productos agrícolas, especialmente cereales, de América y que produjeron una crisis en el sector agrícola europeo que se vio incapaz de competir económicamente con dichos productos. La situación económica tuvo un gran impacto principalmente en la población rural que se vio forzada a migrar. Así mismo, los factores internos, la actividad y crecimiento económicos que prometían los países de destino, propiciaron la emigración de la población española principalmente en el periodo comprendido entre 1882 y 1913.

Durante la Primera Guerra Mundial, Francia surgió como un destino alternativo debido a su necesidad de mano de obra trabajadora, por lo que muchos españoles emigraron a ese país. Posteriormente, la Guerra Civil española produjo un flujo distinto de emigrantes, ya no por los motivos económicos que anteriormente propiciaron la salida, sino por motivos políticos. Al mismo tiempo, la situación política del país, condujo a la regresión económica y a la reactivación del sector agrícola en áreas rurales en el período de 1930-40, lo que supuso un gran número de personas trabajadoras percibiendo salarios mínimos. Esta situación de precariedad, generó el desplazamiento de población rural a las grandes urbes, alcanzando el éxodo rural su máximo volumen entre 1950 y 1975 debido al crecimiento del sector terciario, la mecanización agrícola y el desarrollo industrial. Del mismo modo, el crecimiento del sector manufacturero y el aumento de la mecanización en la agricultura provocaron que los trabajadores se incorporaran masivamente a la manufactura intensiva.

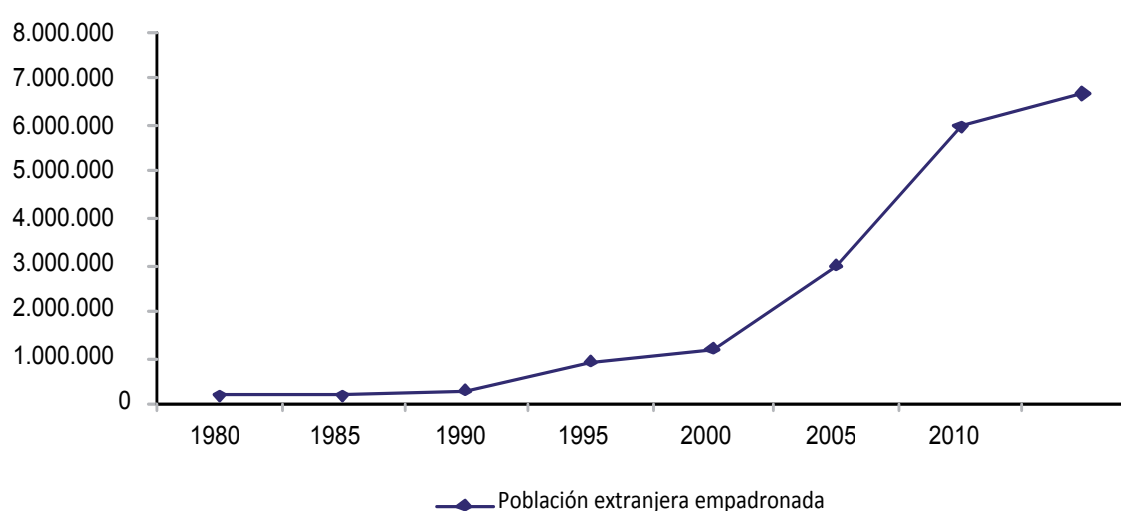
Durante los primeros años de mitad del siglo XX, España registró un elevado número de flujos migratorios, tanto internos como externos, teniendo éstos últimos nuevamente como principal destino América. Entre los años 1962 y 1970 se estima que alrededor del 40% de los españoles que migraron a Europa tuvieron principalmente como destino Alemania, Suiza y Francia. Sin embargo, durante ese mismo periodo un elevado porcentaje de flujos migratorios fueron de retorno hacia los países de origen fundamentalmente debido a la crisis del petróleo y la situación de recesión económica alemana. Es un periodo también caracterizado por un intenso movimiento migratorio interno, desde las zonas rurales más pobres hacia las ciudades

industrializadas. Esta fase se caracteriza por un fuerte crecimiento económico en España y por la aparición de grandes desigualdades entre las regiones. Comunidades como Andalucía, Castilla La Mancha y Extremadura serán regiones de emigración mientras que comunidades como Madrid, Cataluña y el País Vasco serán destinos más atractivos para la Inmigración.

Los movimientos migratorios interregionales de los años 80 y 90 fueron muy diferentes a los de las décadas anteriores ya que los emigrantes poseían un nivel educativo más elevado, y buscaban a través de la emigración una mejor calidad de vida, una vivienda más económica, o el desarrollo de su promoción profesional (Zimmermann, 2005). Hacia finales de los años 80 comienza a observarse un cambio paulatino pero sostenido de los movimientos migratorios extranjeros en los países mediterráneos de Europa y especialmente en España. Estos países experimentan un cambio notable, pasando de ser países emisores a ser países receptores de dicha población. Al mismo tiempo se producirá un aumento de la inmigración ilegal (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2007).

La evolución de los empadronamientos de la población inmigrante, producida en los últimos años en España, puede observarse en el gráfico 1.1. Es a partir del año 2000 cuando el fenómeno migratorio se hace evidente. Las cifras de población extranjera se multiplicaron prácticamente por 10 entre los años 1998 y 2010, pasando de representar el 1,6% del total de población empadronada en 1998 a representar el 12,2% en el año 2010 (INE, 2010).

Gráfico 1.1. Evolución anual de la población empadronada (en números absolutos) de población extranjera en España, 1980-2010.



Fuente INE, 2011

La evolución de la población inmigrante en las diferentes Comunidades Autónomas (CCAA) se recoge en la tabla 1.1. El número de personas extranjeras en el año 1998 era muy bajo, exceptuando aquellas CCAA en las que el asentamiento de turistas era ya un hecho, como el caso de Baleares (4,8%) o Canarias (3,4%). En el resto de las comunidades, raramente había más de un 1% de personas extranjeras con respecto al total de la población.

En el año 2010, según cifras del INE, se encontraban empadronadas en el territorio español un total de 5.747.734 personas extranjeras (INE, 2010). La mayor parte de ellas, se encontraban en Cataluña, Madrid y la Comunidad Valenciana, por este orden, alojándose en estas tres Comunidades Autónomas más del 50% de inmigrantes en España (INE, 2010). Sin embargo, si tenemos en cuenta el porcentaje de extranjería sobre el total de la población, son las Islas Baleares las que recogían el mayor porcentaje, seguido de la comunidad Valencia y Madrid.

Los flujos migratorios producidos durante la década 1998-2008 en España han supuesto que haya sido el país de la Unión Europea que más inmigrantes ha recibido y ha sido el segundo país de la OCDE que más personas extranjeras ha recibido en términos absolutos, tan sólo por detrás de Estados Unidos, siendo el primero en términos relativos. El número de personas extranjeras prácticamente se duplicó (48,4%) entre los años 2000 y 2001, manteniéndose esa tendencia en los años posteriores. El crecimiento económico en España en el periodo de 2000 al 2008, con una media anual de un 3,5% del PIB, una cifra sensiblemente más alta que en otros países de la UE, propició los flujos migratorios. Unido al impulso económico, se produjo un aumento de la población ocupada en ese periodo, debido fundamentalmente al acceso de la mujer autóctona al mercado laboral y de la llegada de población extranjera, principalmente a través del desarrollo de sectores como el de la construcción o servicios. Concretamente, el número de personas extranjeras aumentó en más de cinco millones en 12 años, suponiendo un incremento de nueve veces en su número.

El año 2010 puede considerarse como un momento de inflexión en el flujo y evolución de los procesos migratorios. Aunque la crisis económica ya había irrumpido en 2008, es en ése último año cuando se detecta claramente un descenso en la llegada de población extranjera, que tan sólo crece en un 1,8% a nivel estatal e incluso hay una Comunidad Autónoma, La Rioja, en la que la población extranjera disminuye un 0,5%. En el año 2011 esta tendencia se ha intensificado produciéndose un descenso a nivel estatal del 0,3% respecto al año anterior (de 5.747.734 personas extranjeras a 5.730.667). En la primera mitad del año 2012 el saldo entre los inmigrantes que abandonaron España y los que entraron fue negativo donde 228.890 personas inmigrantes abandonaron el país y entraron 178.021, por lo que se estima que la tendencia en la disminución de la población inmigrante va a continuar produciéndose.

Tabla 1.1. Distribución de la Población total y extranjera en España por CC.AA (1998 y 2010).

	<i>Total 2010</i>	<i>Extranjeras 2010</i>	<i>% Extranjería 2010</i>	<i>Total 1998</i>	<i>Extranjeras 1998</i>	<i>% Extranjería 1998</i>
Baleares	1.106.049	242.256	21,9	796.483	30.580	4,8
Valencia	5.111.706	893.759	17,5	4.023.441	15.927	2,5
Madrid	6.458.684	1.079.944	16,7	5.091.336	14.653	2,3
Murcia	1.461.979	241.865	16,5	1.115.068	7.008	1,1
Cataluña	7.512.381	1.198.538	16,0	6.147.610	12.742	2,0
Canarias	2.118.519	307.379	14,5	1.630.015	21.661	3,4
La Rioja	322.415	46.680	14,5	263.644	6.371	1,0
Aragón	1.347.095	173.086	12,8	1.183.234	4.459	0,7
ESPAÑA	47.021.031	5.747.734	12,2	39.852.651	637.085	1,6
Navarra	636.924	71.369	11,2	530.819	5.097	0,8
Castilla La Mancha	2.098.373	229.554	10,9	1.716.152	3.822	0,6
Andalucía	8.370.975	704.056	8,4	7.236.459	8.919	1,4
Castilla y León	2.559.515	169.498	6,6	2.484.603	3.822	0,6
Cantabria	592.250	39.201	6,6	527.137	3.822	0,6
País Vasco	2.178.339	139.369	6,4	2.098.628	4.459	0,7
Asturias	1.084.341	49.286	4,5	1.081.834	3.822	0,6
Galicia	2.797.653	109.670	3,9	2.724.544	4.459	0,7
Extremadura	1.107.220	39.356	3,6	1.069.419	2.548	0,4

Fuente: Ikuspegi, 2011

En la **Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV)** el incremento de los flujos migratorios, al igual que en el resto del Estado, ha sido alto y ha ocurrido en un corto espacio de tiempo, pasando de una realidad en la que las cifras de personas inmigrantes eran prácticamente anecdóticas a otro en el que el fenómeno migratorio ha tomado cada vez una mayor relevancia. Este fenómeno ha sido más tardío en

la CAPV que en otras regiones del Estado, produciéndose un aumento porcentual interanual mayor que la media española a partir del año 2004. El crecimiento demográfico en la CAPV se debe, en gran medida, al impacto del fenómeno migratorio, donde el peso de la población extranjera, pasó de representar el 0,7% en el año 1998 a un 6,9% en el año 2012 (Tabla 1.2.). Sin embargo, este crecimiento ha sido menos intenso que en el Estado, donde se ha pasado en el mismo periodo de un 1,6% al 12,1%. El número de personas extranjeras pasó de 21.140 en el 2000 a 139.369 en el 2010, siendo en el año 2009 de 132.865, el porcentaje de inmigrantes paso del 1% al 6,4%. De estos, la mayoría (49,3%) residen en Bizkaia, aunque, el porcentaje mayor sobre el conjunto de la población inmigrante se sitúa en la provincia de Araba (20,2%).

Tabla 1.2. Evolución del porcentaje de extranjería sobre el total de población en los territorios históricos, 1998-2012.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
CAPV	0,7	0,8	1,0	1,3	1,8	2,3	2,8	3,4	4,0	4,6	5,4	6,1	6,4	6,6	6,9
Araba	0,9	1,0	1,3	1,9	2,8	3,6	4,1	5,1	5,6	6,4	7,4	8,3	8,9	9,0	9,3
Bizkaia	0,7	0,7	0,8	1,2	1,7	2,1	2,6	3,2	3,8	4,4	5,1	5,7	6,0	6,3	6,5
Gipuzkoa	0,8	0,9	1,2	1,3	1,7	2,2	2,7	3,1	3,7	4,2	5,1	5,8	6,0	6,2	6,5

Fuente: Ikuspegi, 2012

Las causas que se han descrito para explicar este importante fenómeno migratorio en España son principalmente económicas, la Encuesta Nacional de Inmigrantes (ENI) de 2007 confirma estos motivos, ya que la mayor parte de los encuestados respondió que la motivación principal de inmigrar a España fue la mejora de la calidad de vida y la búsqueda de un empleo mejor (ENI, 2007). Han sido, por lo tanto las necesidades del mercado de trabajo español las que han propiciado los flujos migratorios, condicionando su volumen e incluso modelando las características socio-demográficas de los mismos, y determinando variables como la edad, el sexo o el área geográfica de procedencia. A pesar de la crisis económica, el número de población extranjera empadronada en la CAPV sigue aumentando, con un crecimiento interanual del 4,1% (Tabla 1.3). En el año 2012, fue la Comunidad Autónoma con mayor crecimiento relativo de población extranjera, mientras en el conjunto del Estado se produjo un leve descenso (-0,7%).

Tabla 1.3. Distribución de la Población extranjera de la CAPV, por sexo y territorios históricos, 2012.

	TOTAL	HOMBRES N (%)	MUJERES N (%)	Incremento interanual
España	5.711.040	2.964.231(51,9)	2.746.809 (48,1)	-0,7
CAPV	151.162	77.795 (51,5)	73.367 (48,5)	4,1
Araba	30.136	16.615 (55,1)	13.521 (44,9)	4,6
Bizkaia	45.913	23.216 (50,6)	22.697 (49,4)	3,9
Gipuzkoa	75.113	37.964 (50,5)	37.149 (49,5)	4,0

Fuente: Ikuspegi, 2012.

Si consideramos la posesión de la autorización de residencia como indicador positivo en el proceso migratorio de las personas residentes en la CAPV, los datos indican que se han producido progresos relevantes en la última década. En la actualidad se da una tasa de regularización de un 80,1 % en la CAPV, la mayor registrada en los últimos años. (Tabla 1.4.)

La situación administrativa de la población inmigrante en la CAPV, ha experimentado modificaciones a lo largo de los años que pueden ser sintetizadas en tres periodos diferenciados. En una primera etapa, que abarca desde 1998 a 2000, el número de personas extranjeras era bajo y la mayoría se encontraba en situación administrativa regular. Tras este primer periodo puede subrayarse otro que transcurre de 2001 a 2005 y que se caracteriza por un rápido aumento de los flujos migratorios, pero en el que no aumentan paralelamente el número de autorizaciones de residencia. En el año 2003 y 2004, se da una tasa de regularización en la CAPV inferior al 50% , situación que indica el desajuste creado entre los flujos migratorios y la regulación administrativa y jurídica de los mismos.

A partir de 2006, la distancia entre el número de empadronamientos y de las autorizaciones de residencia comienza a disminuir debido en gran medida a la regularización extraordinaria que se dio en el año 2005 y que posibilitó a un importante grupo de personas obtener la autorización de residencia. De hecho, el incremento de autorizaciones que se produce entre los años 2005 y 2006 es de más de 20.000 personas, lo que permite alcanzar un porcentaje de regularización del 67,1%. Por otro lado, no puede obviarse la influencia de la incorporación de Bulgaria y Rumania a la UE-27 en el año 2007, y también el impacto que tuvo la posibilidad de lograr la autorización de residencia por arraigo, contemplada en la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social.

Tabla 1.4. Evolución de la población extranjera empadronada y con autorización de residencia en la CAPV, (1998-2011).

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Padrón municipal	21.140	27.438	38.408	49.231	59.166	72.894	85.542	98.524	116.650	132.865	139.369	144.551
Autorización residencia	18.622	18.822	19.515	24.201	28.600	37.150	57.395	64.228	83.875	96.635	106.658	115.838
Autorización Residencia %	88,1	68,6	50,8	49,2	48,3	51	67,1	65,2	71,9	72, 7	76,5	80,1

Fuente: Ikuspegi, 2012

1.2.2.1. Origen y características sociodemográficas de las personas inmigrantes en España y el País Vasco

Por grandes áreas geográficas, y según datos del padrón del 2012, la población inmigrante en España proviene principalmente de otros países de la Unión Europea, de América del Sur y de África; los inmigrantes originarios de estas áreas conforman más del 80% de la inmigración total en España (Tabla 1.5).

En el año 2009, los diez países de origen mayoritarios eran por este orden: Rumanía, Marruecos, Ecuador, Reino Unido, Colombia, Bolivia, Alemania, Italia, Bulgaria y China. Mientras en el año 2012 lo fueron: Rumanía, Marruecos, Reino Unido, Ecuador, Colombia, Alemania, Italia, Bolivia, Bulgaria y China (INE, 2012). El porcentaje de personas extranjeras varía según la Comunidad Autónoma y esta diferencia la establece la estructura económica y laboral de cada región. De esta forma, en zonas en las que ciertos nichos laborales como la agricultura, la construcción o el turismo son relevantes, principales sectores de acceso al mercado laboral para el colectivo inmigrante, el porcentaje es más alto y a la inversa, en aquellas CCAA en la que dichas actividades no son importantes, el porcentaje de personas extranjeras es menor. Así es como puede entenderse que en el año 2010 el INE registre porcentajes de distribución de personas inmigrantes por Comunidad autónoma tan alejados como el de Baleares (21,6%) y el de Extremadura (3,8%) o Galicia (4%), detectándose esta pauta también dentro de cada CCAA.

Tabla 1.5. Población extranjera en España, por principales países de nacionalidad (2008 y 2011).

	2011		2008	
	Extranjera	% Extranjera	Extranjera	% Extranjera
Rumanía	855.970	15,7	798.892	14,1
Marruecos	783.137	13,7	718.055	12,7
Reino Unido	397.535	7	375.703	6,7
Ecuador	306.380	5,4	421.426	7,5
Colombia	244.670	4,3	296.674	5,3
Alemania	196.729	3,4	191.002	3,4
Italia	191.713	3,4	175.316	3,1
Bolivia	184.706	3,1	230.703	4,1
Bulgaria	176.216	3,1	164.717	2,9
China	175.813	3,1	147.479	2,6
Portugal	138.501	2,4	140.870	2,5
Perú	121.851	2,1	139.179	2,5
Francia	121.513	2,1	120.507	2,1
Argentina	108.390	1,9	142.270	2,5
Brasil	99.043	1,7	126.185	2,2
República Dominicana	92.231	1,6	88.103	1,6
Ucrania	88.438	1,5	82.265	1,5
Paraguay	87.536	1,5	81.551	1,4
Polonia	84.197	1,5	85.040	1,5
Pakistán	79.626	1,4	46.649	0,8
Senegal	63.248	1,1	56.590	1
Total	5.711.040	100	5648671	100

Fuente: INE, 2012

Por otro lado, los cambios en los flujos migratorios a su vez influidos por el mercado laboral, han ido a lo largo de los años modificando la distribución de las nacionalidades y el peso de cada una de ellas dentro del colectivo inmigrante. En los años 90, cuando el número de personas extranjeras era de cerca de un millón y su porcentaje rondaba el 2,5% de la población total, prevalecían como principales nacionalidades las de la UE-15 (especialmente Alemania, Reino Unido y Francia). Posteriormente, como consecuencia de los incrementos de los flujos y de las necesidades laborales, estas nacionalidades han ido perdiendo peso. Paralelamente, cabe destacar la importancia de la nacionalidad marroquí a lo largo de los años en España, hasta los años 2003 y 2004, en los que la nacionalidad ecuatoriana ocupó el primer lugar. No obstante, Marruecos vuelve a ser la nacionalidad más importante hasta el año 2008, en el que las personas procedentes de Rumania son las más numerosas (Tabla 1.6).

Entre las nacionalidades latinoamericanas destacan por su importancia: Ecuador (6,26 %), Colombia (4,74 %) y Bolivia (3,45 %), seguido de Perú (2,3%) y Brasil (1,86%). Así, encontramos que entre las seis nacionalidades con mayor número en España, tres son latinoamericanas y suponen alrededor del 14,5 % de la población extranjera en 2011. Las personas de origen latinoamericano han supuesto un grupo de gran relevancia en España, oscilando su porcentaje entre el 41 % en 2004, aumentando hasta ser el 46,3% en 2007, y disminuyendo al 29,8 % en 2010. Ante esta situación, no se debe obviar el impacto que las nacionalizaciones están teniendo en las estadísticas, ya que cada vez más personas extranjeras obtienen la nacionalidad española y por lo tanto desaparecen de las estadísticas de población extranjera. De hecho, la gran mayoría de las nacionalizaciones se ha producido entre las personas de origen latinoamericano y como consecuencia de una estancia legal mayor a los dos años y dado que este colectivo tiene un mayor peso de mujeres, también son más las mujeres que han obtenido la nacionalidad. Según los datos de la Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración entre 2002 y 2010 un total de 451.200 personas adquirieron la nacionalidad española, que dado los requisitos exigidos condiciona el número y las características de las nacionalizaciones. Así, en el año 2010, el 53 % de las naturalizaciones se produjo en personas de origen ecuatoriano y colombiano. Las personas de otros orígenes, especialmente para las procedentes de Magreb y África Subsahariana, tienen más dificultades para obtener la nacionalidad, lo que tiene implicaciones en aspectos relacionados con la inserción y la integración social.

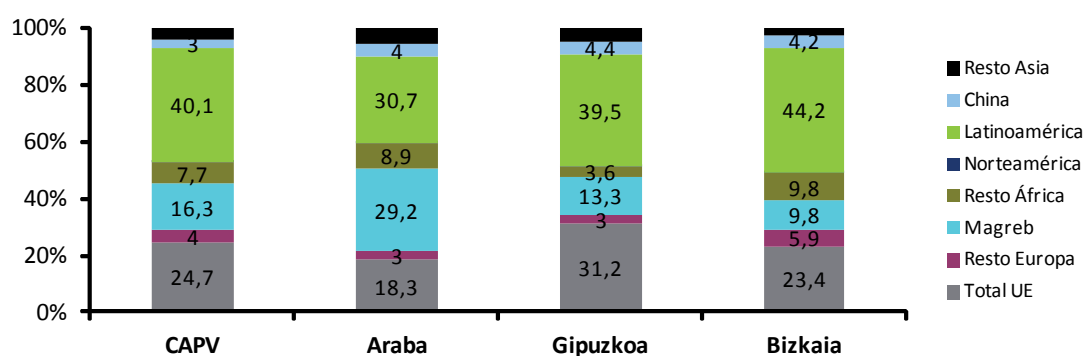
Tabla 1.6. Evolución e incremento de las principales nacionalidades extranjeras en España (2001-2011).

	2001	2006	2011	% Crecimiento 2001-2011
Rumanía	31.641	407.159	864.278	2.632
Marruecos	233.415	563.012	769.920	230
Reino Unido	107.326	274.722	390.880	264
Ecuador	139.022	461.310	359.076	158
Colombia	87.209	265.141	271.773	212
Bolivia	6.619	139.802	197.895	2.890
Italia	34.689	115.791	187.847	442
Bulgaria	12.035	101.617	172.634	1.334
China	27.574	104.681	166.223	503
Portugal	47.064	80.635	140.706	199
Perú	30.574	124.681	131.886	331
Argentina	32.429	150.252	120.012	270
Brasil	17.078	72.441	106.908	526
República Dominicana	31.153	61.071	90.612	191
Paraguay	928	28.587	87.406	9.319
Ucrania	10.318	69.893	85.913	733
Pakistán	8.274	42.138	69.841	744
Senegal	10.627	35.079	63.248	333
Argelia	18.265	47.079	60.538	231
Venezuela	16.549	51.261	59.453	259
Nigeria	7.598	31.588	44.870	491
Total	1.370.657	4.144.166	5.730.667	318

Fuente: INE, 2012

En la CAPV, de entre las veinte nacionalidades más importantes asentadas en la comunidad autónoma, nueve son latinoamericanas, tres africanas (dos de ellas del Magreb), cinco europeas comunitarias, una europea no comunitaria y una asiática. Estas veinte nacionalidades suponen más del 82 % de la población inmigrante extranjera asentada en la CAPV (gráfico 1.2). De estos datos, cabe destacar la aparición de nuevas nacionalidades que no sobresalían en años anteriores (Colombia, Ecuador, Rumania y Bolivia); el mantenimiento dentro de las más relevantes de las personas originarias de Marruecos, Portugal, Argentina y la pérdida de relevancia de las nacionalidades comunitarias de Europa. Un caso particular dentro de Europa es el de las personas originarias de Rumania y Bulgaria, que desde el 1 de enero de 2007 se benefician íntegramente del régimen comunitario de extranjería, tras el ingreso de estos dos países en la Unión Europea. Es especialmente relevante el caso de las personas originarias de Rumania que en la actualidad son la quinta nacionalidad según su volumen en la CAPV.

Gráfico 1.2. Población extranjera en la CAPV y en los territorios históricos por áreas de nacionalidad, 2012.



Fuente: Ikuspegi 2012

Bizkaia destaca por la presencia de población inmigrante de origen latinoamericano, en Gipuzkoa predomina la población europea (36,1 %) y en Araba la presencia de población magrebí (25,8 %) superior a los otros territorios. La población del África Subsahariana es mucho menor en Gipuzkoa, y la comunidad asiática es similar en los tres territorios. Estas diferentes distribuciones de la población extranjera en cada territorio histórico dependen en gran parte de los nichos laborales predominantes: la agricultura en Álava, y las tareas domésticas y de cuidados a personas dependientes en Gipuzkoa y Bizkaia.

Es preciso señalar la distorsión estadística que puede generar en estos datos el proceso de nacionalizaciones, en tanto que aquella población que obtiene la nacionalidad española desaparece de la estadística. De igual forma, es destacable que

dicho proceso de nacionalizaciones se da de forma desigual entre los colectivos según los requisitos estipulados. Así, mientras que el colectivo latinoamericano puede acceder a la nacionalidad española a los dos años de poseer una autorización de residencia, este periodo asciende a los diez para otros colectivos, como por ejemplo el magrebí. En 1998, cuando el porcentaje de personas extranjeras era reducido, predominaban las personas nacidas en países de la Unión Europea, principalmente Portugal, Francia, Alemania y Reino Unido, aportando mano de obra especializada y cubriendo puestos de alta cualificación. Como consecuencia de la variación en las necesidades laborales, se produce un cambio en los flujos migratorios registrándose un aumento de personas procedentes de América Latina, África, Asia y la UE-27. En 2002 es Colombia quien adquiere la categoría de nacionalidad más numerosa, y a partir de 2008 es una nacionalidad comunitaria, Rumania, la que ocupa el primer lugar. La tendencia de Rumania se asemeja a la de Marruecos, que entre los años 2008 y 2010 creció un 67,5%, Argelia creció un 84,6%, y Paraguay un 133%. En los últimos años, la pérdida de peso en el volumen migratorio de las nacionalidades latinoamericanas puede explicarse debido a que cerca del 90% del total de las nacionalizaciones en la CAPV se realizan entre las personas procedentes de Latinoamérica. De ahí que en el año 2012 por primera vez, es el colectivo magrebí el mayoritario (24,8%), y Latinoamérica pasa a ser la segunda área geográfica de procedencia de las personas inmigrantes (24,7%), seguida de la población comunitaria (22,6%).

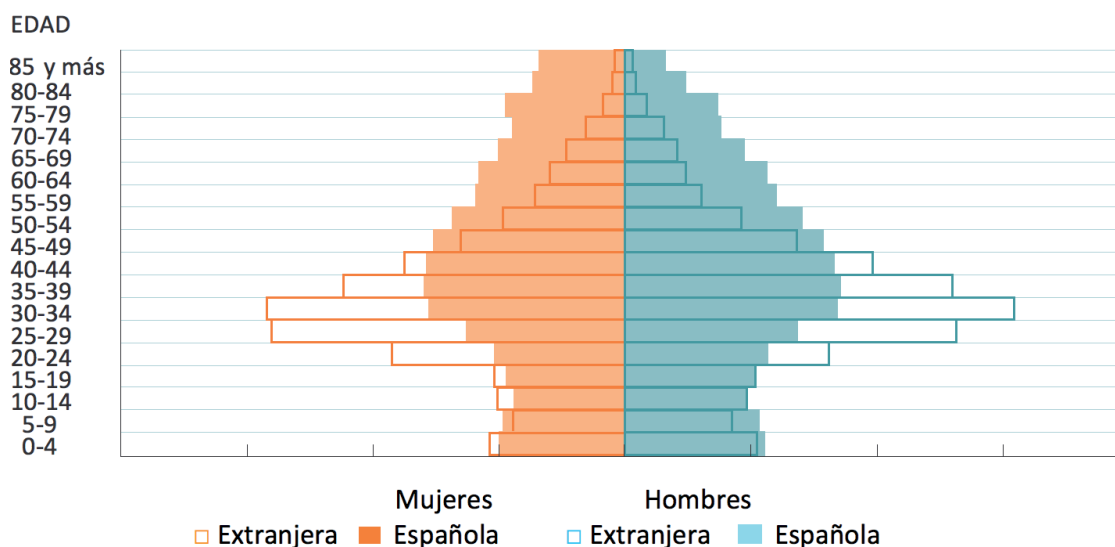
Los perfiles de **edad** de los inmigrantes difieren según su origen; las personas procedentes de países de renta alta tienen un perfil de edad similar a la de los españoles, o incluso mayor, mientras que las personas procedentes de países de renta baja tienden a ser más jóvenes, relacionado con su motivo económico para emigrar (Moya, 2008). Se estima que alrededor del 85% de la población extranjera empadronada en España tiene menos de 50 años, siendo menor de 64% el porcentaje de población autóctona que se sitúa en ese rango de edad. La media de edad de las personas extranjeras residentes en nuestro país en el año 2010 era de 32,6 años, muy por debajo de la media en la población autóctona, de 41,1 años (Gráfico 1.3).

A su vez, estas cifras tienen importantes connotaciones en aspectos como las políticas relacionadas con la Seguridad Social, mayor tasa de cotización y menor de percepción de pensiones de jubilación, o con el gasto realizado en ciertas políticas sociales, como por ejemplo la dependencia, cuyo impacto y gasto es mucho menor entre los inmigrantes económicos.

En la CAPV, al igual que en el resto de España, la mayoría de las personas inmigrantes se concentran en las franjas de edad laboral. De este modo, se establece una clara diferencia con la distribución de edad de la población autóctona, teniendo ésta un patrón más envejecido, con un 20,4% de personas con más de 65 años frente a tan sólo un 1,8% entre las personas inmigrantes. Se calcula que el 54% de las personas

inmigrantes de la CAPV tiene entre 25 y 44 años, frente al 29,5% de las autóctonas. Esto supone que el 84,1% de las personas inmigrantes se encuentran en edad productiva, 17 puntos por encima de la población vasca (Ikuspegi, 2009).

Gráfico 1.3. Pirámide demográfica de la población española y extranjera, a 1 de enero de 2010.



En cuanto a la distribución a nivel estatal **por sexos**, el 51,4% de las personas inmigrantes son hombres, si bien la distribución por sexos varía según la nacionalidad, y el porcentaje de mujeres supera al de hombres para las personas procedentes de América Central y Caribe, América del Sur y países de la Europa no comunitaria (60,2%, 54,1%, y 53,9% de mujeres, respectivamente). Los mayores porcentajes de feminización corresponden a la personas procedentes de Colombia (59%), Bolivia (54%) y Ecuador (52%). En cambio, para el resto de las procedencias hay un predominio masculino, en especial las personas procedentes de África (66%) y de Asia (61%). En los primeros años del fenómeno migratorio en España, el porcentaje de mujeres que inmigraron desde Latinoamérica, fue más elevado, y se ha ido atemperando ya que entre las nacionalidades con más tiempo en España, como Colombia y Ecuador, se han ido realizando procesos de reagrupación familiar tanto formales como informales, lo que ha llevado a mayor equilibrio entre sexos en estas nacionalidades.

En el conjunto de la **CAPV** el porcentaje de hombres inmigrantes es algo superior al de las mujeres, con un 51,5% frente a un 48,5%. Sin embargo, esta diferencia es mayor en Álava, donde los hombres representan el 55,1% y el 44,9% en las mujeres. En Bizkaia y Gipuzkoa, por el contrario, las proporciones son prácticamente iguales. La

diferencia que muestra Álava se explica por la mayor presencia del colectivo africano, especialmente el magrebí, donde el porcentaje de hombres es significativamente superior al de mujeres.

Según datos de la Encuesta Nacional de Inmigrantes del 2007, más de la mitad (52,2%) de los inmigrantes está casado, y de estos el 12,5% no reside con su cónyuge. El 67,9% de los matrimonios está formado por cónyuges del mismo país de nacimiento y en el 26,5% uno de los mismos es nacido en España. Los hijos del 86,6% de los inmigrantes continúan en su país de nacimiento. El tamaño medio del hogar de los inmigrantes es relativamente elevado, 3,4 miembros, comparado con la media de España que es de 2,7 miembros. En uno de cada cinco hogares con inmigrantes (21,3%) viven cinco personas o más (ENI, 2007).

En relación al nivel **educativo**, los inmigrantes que recibe España (incluso aquellos que proceden de fuera de la UE) están en promedio más formados que la propia población española según la Encuesta de Población Activa del 2006 (EPA, 2006). La Encuesta Nacional de Inmigrantes del 2007 arroja resultados similares; más de la mitad de los inmigrantes tienen educación secundaria y más del 20% tienen un título superior. **En la CAPV**, según la encuesta de Ikuspegi de 2007, las personas inmigrantes, sin estudios cualificados representaban el 85% y el 15% con estudios cualificados. En este caso también el origen de procedencia es determinante. Así, dentro de los estudios cualificados aparecen por encima de la media las personas procedentes de la UE occidental y de Argentina, Chile y Uruguay. En el lado opuesto, se sitúan aquellas personas procedentes del conjunto de África, Magreb incluido y de China.

En el terreno **laboral**, más de la mitad de los inmigrantes estaba trabajando en el momento de su partida a España y sólo el 16,1% de los ocupados llegó a España con un contrato previo, aunque el 29,6% encontró trabajo durante los primeros quince días y tan solo el 10,2% tardó más de un año (INE, 2009). Los inmigrantes procedentes de países de renta baja se emplean sobre todo en sectores de actividad donde se concentran las demandas de empleo no cubiertas por los trabajadores autóctonos (Aguledo et al., 2009b), y, en general, ocupan posiciones en la estructura laboral muy por debajo de su cualificación. Así, el 71% de los trabajos no cualificados está realizado por inmigrantes que han completado la educación secundaria o universitaria (ENI, 2007). En el año 2006, los extranjeros representaban el 6,3% de los trabajadores industriales, el 17% del sector agrícola, casi el 20% de la mano de obra de la construcción, el 24,5% de la hostelería y el 10,1% del régimen del hogar. Por otro lado, la tasa de temporalidad de los inmigrantes en el 2006 era superior al 60% y los sueldos un 30% más bajos en promedio que los de los autóctonos (Martínez y López, 2010). El aspecto común a todos los grupos es su inserción relativamente inestable en el mercado de trabajo, a caballo entre la economía sumergida y los contratos precarios, con condiciones de trabajo generalmente muy duras. Por otro lado, datos de la Encuesta de Población Activa del primer trimestre del 2011

indican que la tasa de paro de la población extranjera roza el 32% y está a más de 12 puntos de la que tienen las personas de nacionalidad española (EPA, 2011).

Si bien es cierto que la tasa de paro en las personas inmigrantes es notablemente superior a la de población autóctona, si tenemos en cuenta la tasa de ocupación, vemos que esta es mayor en la población extranjera que en la autóctona (46,49% y 39,36% respectivamente) (Tabla 1.7). Sin embargo, conviene señalar que la tasa de paro en población inmigrante ha aumentado de un 17% en 2008 al 30,8% en 2010, superando ampliamente el 18% de tasa de paro a nivel nacional.

Tabla 1.7. Distribución de la población activa, según lugar de nacimiento
(Primer trimestre de 2010).

	Autóctona	Extranjera
Población activa	19.332.200	3.674.700
Población ocupada	15.850.900	2.543.300
Población parada	3.481.300	1.131.400
Población inactiva	14.363.600	1.080.300
Tasa de actividad	57,37	77,28
Tasa de ocupación	39,36	46,49
Tasa de paro	18,01	30,79

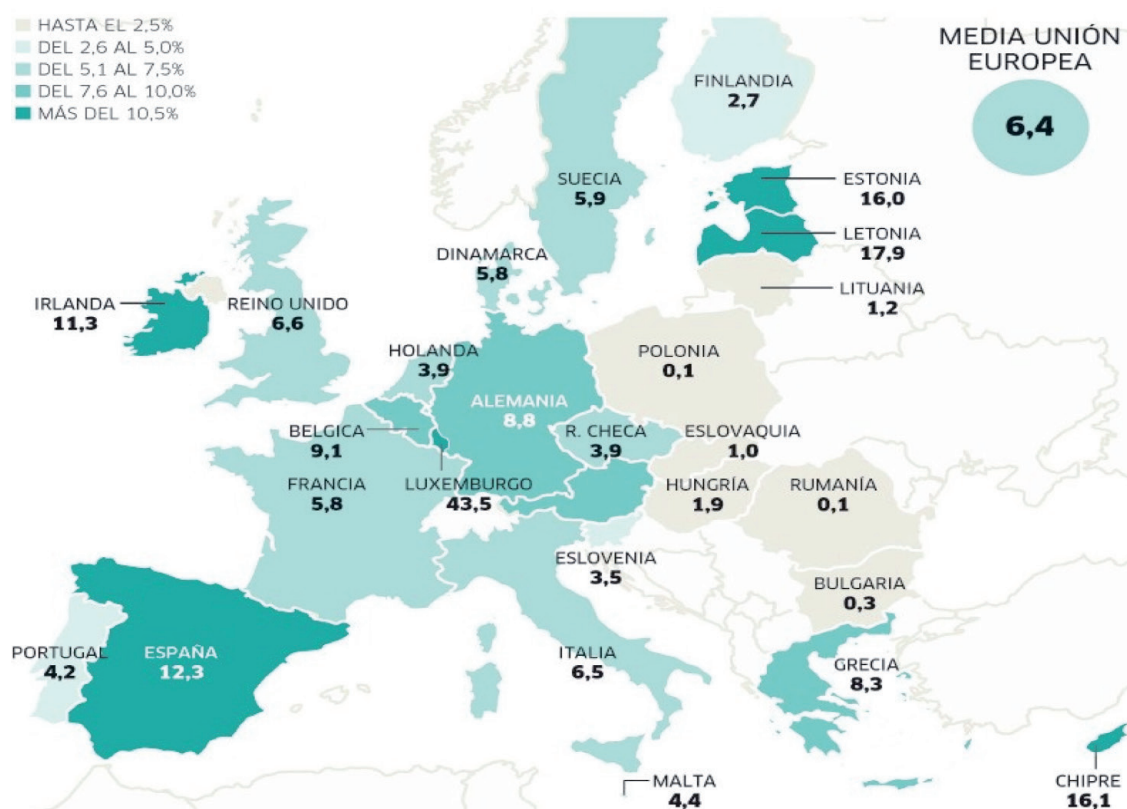
Fuente: Encuesta de Población Activa, 2011

En la CAPV en abril de 2011 había 52.388 personas extranjeras afiliadas a la Seguridad Social. De éstas, un 67,12% lo estaban en el régimen general, un 12,8% en el de autónomos, un 16,23% en el de empleadas del hogar, un 2,98% en el agrario y un 0,87% en el del mar, por lo tanto sin grandes diferencias entre la CAPV y la media estatal. Sin embargo, el régimen agrario en la CAPV es sensiblemente inferior al estatal y más relevante el régimen del hogar. En la CAPV, la agricultura, salvo en Álava, tiene escasa relevancia y mayor importancia el sector del hogar y los cuidados personales, más aún si tenemos en cuenta que el grado de informalidad es muy alto en este sector y por lo tanto aparece subrepresentado en los datos de afiliación.

Según los datos recogidos en la Encuesta de la Población Inmigrante Extranjera residente en la Comunidad Autónoma de Euskadi (EPIE, 2010), un 52,1% de la población de origen extranjero está ocupada, un 23,4% está potencialmente parada y un 24,5% inactiva. En la encuesta de 2007, la población ocupada era de 69,3%,

la parada el 17,8% y la inactiva del 12,4% lo que constata que la ocupación ha descendido, el paro y la población inactiva han aumentado. Los datos muestran realidades muy diferentes y frente al periodo de crecimiento económico del 2007, los actuales ilustran el escenario de crisis económica y disminución del empleo de estos momentos. A su vez, el incremento de la reagrupación familiar, sobre todo en nacionalidades en las que el acceso al mercado laboral de origen de las mujeres es menor, también ha podido incidir, sobre todo en el caso de la población inactiva. De los datos del paro es especialmente destacable que, se alejan de la media las personas originarias de África, con una tasa mucho mayor Magreb con un 51,3%, Senegal con el 51,6% y Resto de África con un 59,5%. Esta pauta también se detectaba en el año 2007, en el que incluso en una situación de bonanza económica la tasa de paro para Marruecos era de un 31,7%, de un 37,7% para Argelia y de un 46,7% para el África Subsahariana. En el lado opuesto se sitúa China, que supone una excepción dentro de la población extranjera con una tasa del 5,3% y una alta ocupación.

Figura 1.4. Distribución porcentual de personas inmigrantes viviendo en los países de la Unión Europea, 2010.



Fuente: Eurostat, 2010

Con respecto a las condiciones laborales, según la EPIE, un 48,8% tenía un contrato indefinido, un 36,6% uno no indefinido y un 14,6% trabajaba sin contrato, situación que se produce especialmente entre las personas procedentes de Latinoamérica, con un mayor peso en el sector de las tareas domésticas que esta más informalizado que otros sectores. Entre las personas inmigrantes, un 69,9% ha accedido a empleos que se adecuan a su nivel formativo, mientras que un 26,7% ha accedido a uno inferior a su nivel.

En cuanto a la tasa de actividad puede observarse que, es del 57,37% en la población autóctona mientras que supera el 77% en la población inmigrante, lo que supone una diferencia de 20 puntos porcentuales, a pesar de que en términos absolutos la población autóctona es muy superior a la extranjera. Por lo tanto, la población extranjera trabaja en términos relativos más que la autóctona, incluso en un periodo como el actual de crisis, en el que el desempleo ha sido mayor en sectores en los que el peso de dicho colectivo es muy importante tales como la industria, construcción, agricultura y sector servicios.

1.2.3. La evolución de la política de inmigración de la Unión Europea

La política europea de gestión de flujos migratorios ha estado frenada por la gran diversidad de intereses al respecto entre los Estados miembros. Desde países que son emisores netos de migrantes, como varios de los del Este, a países que reciben altos volúmenes de migrantes laborales de baja o media cualificación, como los del Sur, pasando por el caso del Reino Unido, en el que los inmigrantes cualificados superan en número a los no cualificados, los países con puertas cerradas a la inmigración, salvo la que se produce por la reagrupación familiar, como es el caso por ejemplo de Dinamarca, o los que reciben más asilados que inmigrantes, como Suecia. La gama de intereses y preferencias políticas que se deduce de estos diferentes entornos ha hecho muy difícil hasta el momento la homogeneización de políticas migratorias.

1.2.3.1. De Maastricht al programa de Estocolmo (1992-2009)

De Maastricht a Ámsterdam (1992-1997).

El Tratado de Maastricht o Tratado de la Unión Europea fue firmado el 7 de febrero de 1992 y entró en vigor el 1 de noviembre de 1993. Este Tratado marcó una nueva etapa en el proceso de integración europea, a través de una integración política. En éste se estableció la estructura básica sobre la cual está sustentada la Unión Europea, formada por tres pilares: el pilar comunitario o de la comunidad europea,

el pilar de la política exterior y de seguridad común y el pilar de la cooperación judicial en materia penal. Estos dos últimos pilares tienen la característica de ser intergubernamentales, lo que implica la búsqueda y sometimiento de los Estados miembros a unas reglas coherentes a favor de la cooperación. Así mismo, el tratado estableció la ciudadanía europea, reforzó las competencias del Parlamento Europeo y puso en marcha la Unión Económica y Monetaria. Dentro de sus principales objetivos se establecieron el refuerzo de la legitimidad democrática de las instituciones, la instauración de una Unión Económica y Monetaria, el desarrollo de la dimensión social de la Comunidad y la instauración de una Política Exterior y de Seguridad Común (Olesti, 1998). El Tratado de Maastricht por primera vez hizo referencia a la coordinación de esfuerzos entre todos los miembros en temas que anteriormente eran de exclusiva competencia de cada Estado, como la inmigración, el asilo y el control de las fronteras exteriores. Las decisiones en estas materias debían ser tomadas por unanimidad en el Consejo de Ministros, de conformidad con todos los Estados miembros (García Alonso, 2001). A partir de ello, este tratado logró abrir la puerta para que en un futuro se llevara a cabo la comunitarización de la política de inmigración, ya que permitió la cooperación entre Estados en temas antes propios de la agenda interna de cada uno y así mismo logró por primera vez la adopción de un visado uniforme comunitario, que implicaba la coordinación de esfuerzos comunes (García Murcia, 2005).

El 2 de octubre de 1997 fue firmado el *Tratado de Ámsterdam* que entró en vigor el 1 de mayo de 1999. Este tratado buscó incrementar la integración política por medio del traslado al pilar comunitario de los temas que tuvieran relación con el control de las fronteras exteriores, la inmigración, el asilo y la cooperación jurídica en materia civil. Así mismo, integró en el marco jurídico e institucional de la Unión Europea el *acuerdo de Schengen* (Acuerdo de Schengen, 2004) e introdujo la necesidad de crear el Espacio común de libertad, justicia y seguridad en el cual se garantizara la libre circulación de las personas dentro del territorio de la Unión y propuso la coordinación de medidas comunes sobre el control de fronteras exteriores, asilo e inmigración. En materia de inmigración este tratado apuntó a la adopción de políticas dirigidas a regular las condiciones de entrada y residencia, la expedición de visados y permisos de residencia y la repatriación de residentes ilegales.

El Tratado de Ámsterdam representa un punto de inflexión en el proceso de construcción de la política de inmigración común europea gracias a su comunitarización, logrando con ello la ampliación de las competencias comunitarias de la UE. No obstante, esta comunitarización fue parcial debido a que se mantuvieron ciertos privilegios gubernamentales como la posibilidad de los Estados de seguir ejerciendo de forma autónoma y paralela su política de inmigración con la condición de no ir en contra del derecho comunitario (Tratado de Ámsterdam, 1997).

Del Consejo Europeo de Tampere al Programa de la Haya (1999- 2004)

Para la consolidación de este Espacio de libertad, seguridad y justicia, la Unión Europea llevó a cabo el Consejo Europeo de Tampere, celebrado en octubre de 1999 en Finlandia. En este Consejo se definieron las orientaciones generales sobre las cuales se va a regir este espacio. Así mismo, se acordó la necesidad de desarrollar una política común en materia de inmigración y asilo que integrara temas como la colaboración con terceros países, la creación de un régimen común en materia de asilo, la congestión de los flujos migratorios y el diseño de estrategias para garantizar el trato justo de los ciudadanos de terceros países en el país de recepción. En este Consejo se dieron a conocer las limitaciones existentes de las políticas encaminadas a la gestión de los flujos migratorios y su ineficacia a la hora de ser ejecutadas. Para superar dichos obstáculos, se plantea entonces la adopción de un enfoque que incorpore aspectos políticos, de derechos humanos y de desarrollo de terceros países, denominado como Enfoque Global de Migraciones. Así mismo, este nuevo enfoque requería la creación de estrategias encaminadas a vincular a los países de origen y tránsito de migraciones, con el objetivo de lograr gestionar efectivamente estos flujos con la ayuda de todos los Estados involucrados en el tema (Terrón, 2005).

La agenda de Tampere junto con el Tratado de Ámsterdam pueden ser considerados como la base de la política de inmigración común de la Unión Europea. La Unión Europea no logró materializar en acciones concretas las iniciativas que se habían propuesto debido a la falta de voluntad y poca colaboración por parte de los Estados miembros para coordinar esfuerzos en un tema tan sensible como la inmigración. Además para llevar a cabo las iniciativas es requisito que para llegar a una decisión a nivel comunitario todos los Estados miembros deben estar de acuerdo con la misma, lo cual entorpece cualquier esfuerzo por lograr un acuerdo común.

Así mismo, a raíz de los sucesos ocurridos en septiembre de 2001 en Estados Unidos y en marzo de 2004 en Madrid, se puso de relieve la necesidad de acelerar y promover acciones dirigidas a prevenir futuros ataques terroristas dentro del territorio europeo. Esta nueva necesidad relegó a un segundo plano la implementación del enfoque global de migraciones, concentrándose en definir un enfoque orientado a la lucha contra el terrorismo internacional y la protección de las fronteras exteriores comunes (Conde-Fernández, 2001). En esta lógica se enmarcó el *Programa de la Haya*, aprobado en el Consejo Europeo de 2004, que hizo hincapié en el tema de la seguridad. Además, estableció diez prioridades destinadas a reforzar el espacio de libertad, seguridad y justicia hasta el 2009, teniendo en cuenta los principales desafíos que presentaba la Unión entre ellos la inmigración ilegal, el crimen organizado y el terrorismo. Algunos ejemplos de las estrategias ejecutadas en este sentido fueron el establecimiento gradual de un sistema integrado de gestión de fronteras exteriores y, el fortalecimiento de la Agencia Europea para la Gestión

de la Cooperación Operativa en las Fronteras Exteriores (FRONTEX, 2004). Entre las últimas medidas impulsadas por la UE destacan la realización de operaciones conjuntas en la región mediterránea y Canarias, la creación de una Red Mediterránea de Patrullas Costeras y un Sistema Europeo de Vigilancia y Asistencia Operativa para mejorar la capacidad de los Estados frente a los flujos de inmigrantes ilegales, el establecimiento de redes regionales de funcionarios de enlace de inmigración y la creación de equipos de reacción rápida, constituidos por 450 expertos nacionales que pueden enviarse rápidamente a cualquier frontera de un Estado miembro que se vea sometida a una presión extraordinaria de inmigración irregular.

Con relación a la inmigración y el asilo, se propuso intensificar la cooperación con los países de origen y tránsito de migraciones, especialmente en lo referente a la readmisión y repatriación de los inmigrantes y se estableció un procedimiento armonizado en materia de asilo por medio de la adopción de un estatuto de residencia de larga duración para los refugiados (FRONTEX, 2004). Los resultados de este nuevo enfoque adoptado en el Programa de la Haya en el establecimiento de un Espacio de libertad, seguridad y justicia desembocó en que la agenda política estuviera dominada por aspectos de seguridad, mientras que los demás ámbitos como la libertad y justicia fueron dejados de lado.

El Enfoque Global de Migraciones (2005)

El Enfoque Global de Migraciones tiene sus antecedentes en el Consejo Europeo de Tampere de 1999. En las conclusiones de este Consejo, se incluye un capítulo orientado a la idea de un cambio para la gestión de los flujos migratorios de corte preventivo, que involucre a todos los países de origen, tránsito y destino de los mismos, superando así el enfoque tradicionalmente usado de corte reactivo. Es así como se establece la necesidad de incrementar el diálogo y la cooperación con los países de origen y tránsito de flujos migratorios.

De igual forma, este enfoque vincula la gestión de los flujos migratorios con la idea del desarrollo de los países y regiones de origen y tránsito. En torno a este objetivo las acciones estarán orientadas a luchar contra la pobreza, mejorar las condiciones de vida y las posibilidades de trabajo, prevenir los conflictos, consolidar los estados democráticos y garantizar el respeto de los derechos humanos, en particular los derechos de las minorías, de las mujeres y de los niños (Consejo Europeo, 1999). Como previamente se expuso, en el Programa de la Haya de 2004 se vuelve a enfatizar en la importancia de la cooperación con terceros Estados. Aunque esta vez dicha cooperación se enmarca dentro de una visión mucho más enfocada hacia la protección y control de fronteras exteriores y la lucha contra el terrorismo, lo cual modificó el propósito inicial por el que había sido creado. En 2005, en el Consejo Europeo de Bruselas se pusieron de relieve los acontecimientos ocurridos

en las ciudades de Ceuta y Melilla ese año. En las conclusiones de dicho Consejo se *recalcó la importancia creciente de la inmigración en la UE y sus Estados miembros, y se subrayó la necesidad de encontrar un enfoque global que significara, como mínimo, incrementar el diálogo y la cooperación con los países africanos y con todos los países que abarcan el espacio mediterráneo* (Consejo Europeo de Bruselas, 2005).

Es a partir de éste momento que África se convierte en uno de los principales puntos de referencia en materia migratoria. A partir de ello, el Consejo de octubre de 2005 en Hampton Court adopta la estrategia denominada *La UE y África: Hacia una asociación Estratégica*, en la cual se vuelve a introducir el enfoque global de migraciones a la agenda política común de la Unión Europea y se busca el incremento del diálogo político a través de la continua celebración de cumbres entre estas dos regiones. En este marco encontramos la celebración de la Conferencia Euroafricana sobre Migraciones y Desarrollo, en la que se reunieron tanto los representantes de los Estados africanos como de los países europeos para lograr coordinar acciones en torno al control de los flujos migratorios, la cooperación para el desarrollo de los países de tránsito y origen de dichos flujos, entre otros. Según Alicia Sorroza Blanco, esta Conferencia *ha sido la primera de su tipo tanto por la participación tan amplia como por los temas tratados. Además ha logrado involucrar instituciones europeas [...] y superar reticencias de algunos países, promoviendo la vinculación con otras rutas migratorias en las que otros Estados tienen mayor interés* (Sorroza Blanco, 2006). Así mismo, se adopta el programa *La Visión Global de la Emigración: actuaciones prioritarias centradas en África y en el Mediterráneo*, dirigida al fortalecimiento de la cooperación entre los Estados miembros, el incremento del diálogo y la cooperación con los Estados africanos y el diálogo que abarca cuestiones relativas a la financiación y a la aplicación de programas (Consejo Europeo de Bruselas, 2005).

El Pacto Europeo de Inmigración y Asilo (2008) y El Programa de Estocolmo (2009)

El “Pacto Europeo sobre la inmigración y el asilo”, aprobado por el Consejo Europeo en 2008 a iniciativa francesa y negociado previamente con España y Alemania, a pesar de aportar pocas novedades frente a acuerdos, directivas y medidas de cooperación ya existentes, ofrece la virtud de recoger por primera vez en la historia de la UE, en un solo documento, una declaración de intenciones respecto a la inmigración (Rodríguez y Sorroza Blanco, 2010). Una vez despojado de los aspectos más polémicos de la primera propuesta francesa, como la prohibición de regularizaciones masivas y la obligación de los inmigrantes de firmar un “contrato de integración”, probablemente la virtualidad del Pacto, que no es vinculante, se manifieste más en el campo del asilo que en el de la inmigración. En el presente, la carga del asilo sobre los países de la UE es muy desigual, ya que hay países

que acogen refugiados, hasta el punto de que esta vía es la principal entrada a la residencia de extranjeros en su territorio, y otros que rechazan sistemáticamente las peticiones que les llegan. Además, es desigual la presión de la demanda: la mayoría de los subsaharianos que llegan a las costas del sur de Europa solicitan asilo, lo que implica, al margen de cuál sea la respuesta a la solicitud, una importante carga financiera para los Estados que los reciben en primer lugar. El Pacto se propone contar en 2012 con un procedimiento único de asilo para toda la UE y establecer medidas de solidaridad intraeuropea frente a las situaciones de crisis, como la llegada masiva de solicitantes de asilo a algún Estado miembro. En cualquier caso, la diferencia entre asilo o refugio e inmigración, aparentemente clara, es cada vez más difícil de realizar en la práctica ya que muchos de los Estados de los que proceden los inmigrantes económicos son a la vez Estados en los que se producen graves violaciones de los derechos humanos. Por otra parte, existe un intercambio entre asilo e inmigración por la vía de los hechos, donde en los países europeos a los que resulta más fácil emigrar reciben menos peticiones de asilo y viceversa. Por último, las decisiones judiciales sobre qué tipo de atentados a los derechos humanos deben considerarse como merecedores de la concesión de asilo pueden tener mayor impacto que las políticas europeas. Así, por ejemplo, la decisión del Tribunal Supremo español de mayo de 2009, de considerar la huida ante la mutilación genital y el matrimonio impuesto como causas para conceder el estatus de refugiada podría tener un efecto relevante sobre el número de peticionarias de asilo africanas.

El Programa de Estocolmo para el desarrollo del Espacio de Libertad, Seguridad y Justicia (2010-2014), presentado por la presidencia sueca en octubre de 2009 y aprobado en diciembre del mismo año, es el documento que pasó a reemplazar el anterior Plan de Acción de la Haya. Según Carmen González y Alicia Sorroza, este nuevo plan tiene como una de sus prioridades “la lucha contra la inmigración irregular, pero también apuesta por el desarrollo de un marco común para la admisión de inmigrantes, aunque esto último se presenta de un modo mucho más genérico y con sólo una propuesta concreta, la de mejorar la información europea sobre inmigración y mercado de trabajo” (Sorroza Blanco, 2010). Este nuevo Plan de acción presenta cinco prioridades que permiten el avance en el establecimiento del Espacio de libertad, seguridad y justicia (Programa de Estocolmo, 2010). Algunas de las propuestas concretas para dichos propósitos son: el establecimiento de un régimen completo y reforzado de protección de datos, la creación de un programa de intercambio policial, la creación de una estrategia de seguridad común, el establecimiento de una política de inmigración flexible según las necesidades del mercado laboral, favoreciendo la integración de los inmigrantes y la creación de un procedimiento único en materia de asilo (González Viada, 2009).

1.3. Inmigración y salud

1.3.1. La perspectiva desde los determinantes sociales de la salud

La gran diversidad de situaciones asociadas a las características de los procesos migratorios y las condiciones de vida de la población inmigrante en los países de acogida nos sitúa en un ámbito de estudio de gran complejidad. A grandes rasgos, podríamos señalar que el estudio de la salud de la población inmigrante se centra en diferentes ámbitos, siguiendo las peculiaridades del proceso migratorio y pre-migratorio (Jansà y García de Olalla, 2004; Davies et al., 2010). Una primera área de estudio incluiría la influencia de las características de la zona de origen como los hábitos dietéticos, las características fisiológicas y las normas culturales, las debidas a las consecuencias de las desigualdades sociales y económicas entre países entre las que se incluyen el deficiente control sanitario de los alimentos, factores de riesgo ambiental, limitaciones en el acceso a los recursos de salud y las debidas a los trastornos vinculados al proceso migratorio que incluyen el agotamiento físico y emocional, el estrés, las depresiones, el hacinamiento y las malas condiciones de la vivienda y de las condiciones de trabajo.

Una segunda área de estudio centra su atención en las particularidades del propio proceso migratorio y las problemáticas asociadas al mismo, derivadas de la exposición a riesgos durante el desplazamiento. Además del impacto físico, particularmente en los casos de desplazamientos en medios no legales, se han estudiado aspectos como el impacto emocional relacionado con el desarraigo, la depresión o el estrés asociados al fenómeno migratorio.

Una tercera área centra la atención de su estudio, una vez llegadas las personas a los países de acogida, en la influencia que tienen en la salud de las personas inmigrantes los diferentes factores socioeconómicos relacionados con las condiciones de vida y las desigualdades sociales generadas entre la población autóctona e inmigrante.

El análisis de la relación inmigración y salud, requiere explorar los determinantes que afectan la situación de salud desde los propios factores relacionados con el individuo hasta la identificación de elementos del contexto social y económico, tanto de los países de acogida como de los países de destino (Edberg, et al., 2010). Los estudios sobre la distribución desigual de los determinantes sociales de la salud, es decir, los denominados determinantes estructurales, materializados en las distintas esferas del contexto socioeconómico y político y los denominados factores intermedios, relacionados con las condiciones de vida y otros factores de carácter individual, y su efecto en las desigualdades en la salud entre los distintos grupos sociales ha sido objeto de un gran número de estudios en los últimos años.

Los determinantes estructurales de la salud

La clase social, el género, la etnia o el lugar de nacimiento o residencia constituyen los ejes que en gran medida explican la distribución de la salud y la enfermedad en las poblaciones inmigrantes (Esnaola et al., 2006; Marmot y Wilkinson, 2006; Bacigalupe y Martín, 2007; Rodríguez et al., 2009).

Según la literatura científica, el nivel socioeconómico es una de las variables que ejerce mayor impacto sobre la salud de las personas inmigrantes, aunque este no es homogéneo en todos los grupos de inmigrantes o en todos los grupos étnicos, ni en todos los países por lo que es necesario incluir en los estudios de las desigualdades en salud el lugar de nacimiento, las experiencias ligadas a la inmigración, el nivel de aculturación o las diferencias en las características de los países de origen y destino (Karlsen y Nazroo, 2002; Read et al., 2005; Read y Gorman, 2006; Patiño y Kirchner, 2009; Lorant y Bhopal, 2011). Entre las personas inmigrantes que viven en la UE, el riesgo de pobreza es de dos a cuatro veces mayor (Migration and Health, 2011). Estos grupos tienden a habitar en viviendas de mala calidad y en condiciones de hacinamiento, así como en zonas social y étnicamente segregadas sin acceso a bienes y servicios beneficiosos para la salud, lo que puede dificultar aún más la inclusión social en la comunidad de acogida (Ingleby, 2009; Gushulak et al., 2010). Sin embargo, pese a que sufren grandes desigualdades estructurales, el estado de salud de algunos inmigrantes es a menudo superior a la media, fenómeno conocido como el “efecto del inmigrante sano”. En líneas generales, la literatura internacional proporciona evidencia de la selección de inmigrantes sanos o *healthy immigrant effect*, que implica que son los inmigrantes más jóvenes y sanos los que cruzan la frontera y, por tanto, el estado de salud de los inmigrantes recién llegados es mejor que el de la población nativa de los países receptores. Sin embargo, dichos estudios muestran que, en muchos casos, aunque los inmigrantes gozan de mejor salud cuando llegan al país de destino, ésta tiende a deteriorarse conforme aumenta el tiempo de residencia en el país de acogida, e incluso más rápidamente que entre las personas nativas (Leão et al., 2009; De Maio, 2010). Recientemente el trabajo realizado por Noymer y Lee (2012) con inmigrantes en USA, encuentra que la cobertura sanitaria atenúa la asociación entre el tiempo de estancia y el estado de salud percibido, concluyendo que el acceso a los servicios de salud es un importante recurso para las personas inmigrantes.

Aunque los procesos migratorios son altamente heterogéneos, en su mayoría están determinados por motivos económicos, constituyéndose como proyectos de mejora de las condiciones familiares (Benach et al., 2010; Schenker, 2010). De ahí, que cuando las personas inmigrantes llegan al país de acogida, una de sus principales metas sea la de regularizar su situación (obteniendo una autorización de residencia, o una autorización conjunta de trabajo y residencia) para lo cual deberá llevar a cabo una serie de trámites que marca la legislación vigente y que suponen la interacción con un

entorno burocrático a menudo desconocido e incierto. La irregularidad administrativa supone un importante determinante de salud, ya que son los inmigrantes irregulares los que ocupan una posición en la escala social más baja y que suponen para los empleadores, especialmente en países con una extensa economía subterránea, una fuente de mano de obra mas barata: apenas disfrutan de derechos y, debido a que se ven abocados a permanecer invisibles, es muy poco probable que reclamen derechos, están disponibles con poca antelación, exigen unos salarios mas bajos y pueden ser despedidos sin consecuencias para su empleador. Además existen fuertes y persistentes desigualdades en el desempleo para los inmigrantes, que afectan incluso a los jóvenes de las segundas generaciones de minorías étnicas (Fleischmann y Dronker, 2010).

La influencia que los determinantes sociales sobre las desigualdades de género en la salud de las personas inmigrantes ha sido documentada en la literatura científica, que recoge una peor salud en la mujer inmigrante relacionado fundamentalmente con unas condiciones de vida más adversas. Una peor salud en la mujeres inmigrantes se ha relacionado con el proyecto migratorio, donde en los proyectos migratorios tanto individuales como los determinados por reagrupaciones familiares se perpetúa la tradicional distribución de roles, basada en concepciones culturales patriarcales, y se añade el desarraigo en los países de acogida, que dificulta a estas mujeres contar con redes de apoyo familiar o social que aumenta el riesgo de aislamiento y/o dependencia de la pareja, y la falta de un adecuado soporte socio-familiar (Rodríguez et al., 2008a). Además el mercado laboral en el que fundamentalmente se inserta la mujer incluye las tareas más desvalorizadas socialmente y con una menor protección social como son el servicio doméstico y el cuidado de personas dependientes. Estos nichos laborales, muy vinculados a la economía informal se caracterizan por las altas tasas de irregularidad en las contrataciones, las escasas posibilidades de mejora y la menor protección social, lo que explica la relación encontrada con la mala salud en las mujeres inmigrantes (Aroian et al., 2008; García, 2009). La discriminación, como determinante de salud, explica en diversos trabajos el peor perfil de salud en las mujeres. La discriminación, tanto sistémica como interpersonal por su doble condición de mujer y de inmigrante, tiene consecuencias reconocidas sobre la salud física y mental (Williams, 2002; Ahmed et al., 2007; Gil-Gonzalez et al., 2007; Williams y Mohammed, 2009)

Los determinantes intermedios de la salud

Se han recogido también los efectos que sobre la salud física y mental y sobre la satisfacción laboral tienen las características laborales de los inmigrantes como son: una mayor frecuencia de desempleo, una inserción laboral en sectores laborales de menor cualificación, para los cuales muchos de estos trabajadores se hallan sobrecualificados, y unas peores condiciones laborales, (Froneberg, 2005). En cuanto a sus condiciones de empleo, según los estudios, los inmigrantes se hallan sobrerrepresentados en relación a

los trabajos temporales, con escasos ingresos y con pocas posibilidades de promoción (Ludermir y Lewis, 2003). Al mismo tiempo, suelen realizar también las tareas menos gratificantes (Ambrosini y Barone, 2007; James et al., 2002), con menos autonomía y más estresantes (Chibnall et al., 2005). Por otra parte, al tratarse de empleos con peores condiciones laborales, los inmigrantes se benefician en menor medida de la posibilidad de tener derechos laborales y beneficios sociales, lo que podría generar más desigualdad entre los trabajadores (Flippen y Tienda, 2000).

Por otro lado diversos estudios han relacionado el impacto de los factores psicosociales, como son las situaciones de discriminación, la falta de apoyo social, el capital social y la marginación social, en el país de acogida, en el nivel de salud de las poblaciones inmigrantes (Gee et al., 2006; Paradies, 2006).

Respecto a las conductas relacionadas con la salud, diversos trabajos, en España, han descrito que las personas inmigrantes podrían tener estilos de vida más saludables que las nativas (Carrasco-Garrido et al., 2007; López Lázaro, 2008). También, según los datos procedentes de la Encuesta Nacional de Salud de 2009 (INE, 2009), realizada en la población de 16 o más años recogen que, por lo general y exceptuando el tabaco, los inmigrantes presentan mejores estilos de vida (Calderón-Larrañaga et al., 2011). Las personas inmigrantes, en comparación con las autóctonas, presentan una prevalencia de fumadores significativamente mayor (32,5% vs 27,7%) y de peso insuficiente (3,1% vs 1,9%). Por el contrario, entre las personas autóctonas se encuentra una mayor prevalencia en el consumo diario de alcohol (15,2% vs. 7,8%), el sobrepeso/obesidad (55,1% vs. 47,7%) y el sedentarismo (23,5% vs 18,6%). Estas diferencias se observan en hombres y en mujeres, no obstante, la frecuencia es siempre mayor en los hombres; destacando la mayor frecuencia de hombres inmigrantes que fuman (40,9%) y de hombres autóctonos con sobrepeso u obesidad (64,4%). Las mujeres autóctonas poseen un consumo diario de alcohol mayor (7,5% vs 4,0%) y son más sedentarias (24,3% vs 16,6%). En cambio, otros autores señalan que el sobrepeso es más frecuente en las mujeres inmigrantes, asociado al menor nivel socioeconómico, y a la existencia de una percepción más positiva del sobrepeso en las culturas de origen (Ball y Crawford, 2005). En prácticamente la totalidad de variables, las personas de origen inmigrante, que han adoptado la nacionalidad española presentan, en ambos sexos, hábitos más próximos a la población autóctona que a la inmigrante.

Considerando que el fenómeno migratorio es una realidad creciente y que las personas inmigrantes van adoptando las costumbres del país de acogida, es importante vigilar estos cambios y disponer de información actualizada sobre estilos de vida, enfatizando en los más prevalentes como es el tabaquismo, principal causa de morbilidad prevenible. Será conveniente establecer diferencias entre los grupos de inmigrantes, dado que el consumo de alcohol y tabaco han sido asociados al país de origen y la religión de las personas (Reijneveld, 1998; Acevedo-García et al., 2005; Méjean et al., 2007).

Uso de servicios de salud

Otro elemento que ha sido importante en el análisis de los determinantes de salud para la población inmigrante lo constituyen los sistemas de salud. Existen importantes razones para centrarse en el acceso y la utilización de las personas migrantes a los servicios de salud, en los sistemas sanitarios europeos. En primer lugar, las personas inmigrantes constituyen una creciente proporción de la población en Europa, por lo que los profesionales sanitarios, gestores y las administraciones públicas, necesitan aumentar sus conocimientos sobre salud de las personas inmigrantes y su capacidad de acceso y de utilización de los servicios de salud, con el fin de tomar decisiones informadas. En segundo lugar, la mala salud puede impedir los procesos de integración educativa, laboral y de las actividades de la sociedad en general, lo que puede conducir a una mayor marginación y el aislamiento social, afectando a su vez negativamente a la salud. El tercer argumento es legal, y moral y, se basa en la noción de *"El derecho al más alto nivel posible de salud"*, descrito por primera vez en la Constitución de la OMS de 1946 y reiterado en el 1978 Declaración de Alma Ata (OMS, 1978) y en la Declaración Mundial de la Salud de 1998 (OMS, 1998). Además, varios documentos internacionales de derechos humanos reconocen el derecho a la salud de las personas migrantes, y en la Resolución 2008 de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la *"Salud de los migrantes"* se pidieron una serie de medidas para mejorar la salud de los mismos, incluida la garantía de un acceso equitativo a los servicios de salud (OMS, 2008). En cuarto lugar, para muchos sistemas de salud europeos, la equidad en salud y en el acceso a servicios de salud es un objetivo fundamental. Una atención de salud equitativa exige que la asignación de recursos y el acceso a la atención sanitaria estén determinados por la necesidad de la salud, con independencia de factores como ser inmigrante, la etnia, el nivel de ingresos, nivel de estudios o la situación administrativa. De ahí, que una de las preocupaciones del fenómeno de la inmigración, sea la capacidad del sistema sanitario para hacer frente a sus necesidades.

En España, el objetivo fundamental del Sistema Nacional de Salud es proveer servicios con criterios de equidad, por lo que las características de la población que tienen que considerarse para determinar las necesidades no son sólo el estado de salud, sino que también deben de ser considerados los factores condicionantes como el país de nacimiento, la clase social, el nivel de estudios y otras variables sociodemográficas. Asimismo, la accesibilidad y la utilización de los servicios sanitarios, condicionadas tanto por factores propios del sistema como de las personas usuarias son elementos de estudio claves que permitirán implementar políticas de reducción de las desigualdades en salud. Desde el año 2000, hasta el año 2012, se habían aprobado diversas medidas, destinadas a fomentar la igualdad en salud y en el acceso a los servicios sanitarios de toda la ciudadanía, tanto inmigrante como autóctona. El proceso de extensión de la cobertura sanitaria para las personas inmigrantes fue

gradual, reproduciendo en buena medida las pautas marcadas por la extensión de la cobertura sanitaria al conjunto de la población española tras la aprobación de la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986. Según lo previsto en el artículo 1 de la esta Ley (Ley General de Sanidad, Ley 14/1986, de 25 de abril), el derecho a la salud y a la atención sanitaria se basaba en el concepto de ciudadanía y no de afiliación y alta al Sistema de Seguridad Social, determinando que “son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y extranjeros que tengan establecida su residencia en territorio nacional.” Mientras que los inmigrantes regularizados podían acceder a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud (SNS) en igualdad de condiciones que los ciudadanos españoles, los inmigrantes no regularizados disponían de un acceso limitado a los servicios de urgencias y al tratamiento de enfermedades infecto-contagiosas. Para la atención primaria, especializada, o para el tratamiento de enfermedades crónicas debían dirigirse a circuitos paralelos integrados por ONGs, servicios sanitarios de la beneficencia, dependientes de CCAA y ayuntamientos, y a profesionales de los distintos niveles de atención del SNS, a título individual y voluntario. Esta cobertura parcial y segmentada dejaba huecos importantes en la atención a estos colectivos, haciendo depender en última instancia el acceso de los inmigrantes no regularizados a la atención sanitaria de la buena voluntad de los profesionales sanitarios. Las organizaciones del tercer sector sociosanitario, así como aquellas que trabajan en defensa de los intereses de los inmigrantes, consiguieron introducir la cuestión de la igualdad de acceso de estos colectivos al SNS en la agenda política sanitaria a principios de 2000, y, la extensión de la cobertura sanitaria a los inmigrantes no regularizados fue recogida en la Ley 4/2000. El documento personal que acredita el derecho de su titular a recibir las prestaciones sanitarias que resulten necesarias es la Tarjeta Individual Sanitaria (TIS) y así las personas inmigrantes, cualquiera que fuera su situación administrativa, que se encontraran inscritas en el padrón del municipio en el que residen habitualmente, tenían derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles. Consecuencia de los logros alcanzados tras la implantación de la Ley General de Sanidad de 1986, la financiación de la sanidad mediante la recaudación de impuestos de 1999, las Leyes de Extranjería del año 2000, de Cohesión de 2003 y la Ley General de Salud Pública de 2011, la atención sanitaria en España alcanzó la cobertura universal, con independencia de la situación administrativa de las personas. Actualmente, con la entrada en vigor del Real Decreto-ley 12/2012 de 20 de abril, el derecho a la asistencia sanitaria en las personas inmigrantes se ha visto significativamente restringido, ya que los extranjeros no autorizados ni registrados como residentes en España, solo podrán recibir atención sanitaria de urgencia. Solo tendrán derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que las personas autóctonas los menores de 18 años y mujeres embarazadas. De este modo, el Real Decreto provoca una quiebra del modelo

universal de atención en salud, perdiendo el enfoque ético basado en la solidaridad y en el reconocimiento de los derechos básicos de los ciudadanos más desfavorecidos.

A pesar del reconocimiento legal del derecho a la salud, a la atención sanitaria y al desarrollo de políticas específicas en muchos países, existe una amplia evidencia que indica que las personas inmigrantes se encuentran con barreras sociales, económicas, culturales y administrativas en el acceso a los servicios públicos de salud (Scheppers et al., 2006; Migration and Health, 2011). Por lo tanto en el contexto del proceso migratorio existe preocupación por cómo garantizar el acceso, la utilización de los servicios de salud y ofrecer una atención adecuada a las personas inmigrantes, en especial a las recién llegadas y en situación documental irregular, con mayor atención a la prevención y promoción de la salud.

Los patrones de utilización de los servicios de salud también han sido recogidos en la literatura científica. Los datos sugieren que se produce un proceso de adaptación y conocimiento del sistema sanitario que lleva a los inmigrantes desde una menor utilización durante los cinco primeros años de residencia hacia niveles similares o algo más elevados de asistencia que los de la población autóctona, transcurrido este tiempo. Sin embargo, durante el proceso de adaptación, es decir los primeros años, las dificultades en el acceso a los servicios de salud, especialmente los destinados a mantener y promover la salud y los de prevención de enfermedades transmisibles, hacen que aumente el riesgo para la salud o los problemas de salud, lo que tiene un gran impacto en la salud pública de la población (Guerrero-Espejo y Colomina Rodríguez, 2004). Además de las situaciones de precariedad social, jurídica y económica, las diferencias culturales y el desconocimiento del idioma sitúan a los inmigrantes en una posición especialmente vulnerable en el acceso a los servicios sanitarios, y la calidad de la atención (Hughes, 2004). Las barreras lingüísticas y la discriminación constituyen factores importantes que determinan la utilización de los servicios de salud generándose desigualdades respecto a las poblaciones autóctonas y en última instancia en sus resultados en salud (Migration and Health, 2011; Borrell y Dallo, 2008; Williams and Mohammed, 2009).

Numerosos estudios señalan que la necesidad de resolver las carencias básicas o problemas de salud más inmediatos, da lugar a que muchos inmigrantes no acudan a estos servicios de carácter preventivo. Varios estudios sugieren que las personas inmigrantes y las que pertenecen a grupos que sufren discriminación son menos propensos a usar servicios preventivos para la detección del cáncer (Quan et al., 2006.) y a los servicios de salud mental (Steel et al., 2006; Gadalla, 2008).

La igualdad en el acceso a la atención sanitaria de toda persona constituye uno de los propósitos generales de la Salud Pública, y se trata no sólo de una cuestión de efectividad sino un acto de justicia. Además, para la mayoría de las patologías la prevención y el diagnóstico temprano son más eficientes y tienen menor coste que los tratamientos curativos. Así, las políticas en salud no deben estar sometidas a las políticas en materia

de inmigración, ya que pierden su efectividad desde el punto de vista sanitario, son injustas, menos económicas y vulneran los derechos de la población inmigrante. En esta línea, son diversos los estudios que señalan el impacto negativo que los recortes en materia sanitaria tienen en la sanidad pública, que incluyen un aumento en el uso de los servicios de urgencias y un mayor coste a medio y largo plazo como consecuencia de la no atención en el momento de la necesidad de salud (Chauvin, 2009; *Migration and Health*, 2011). Asimismo, se ha descrito como la falta de acceso sanitario entre las personas inmigrantes, contribuye a reforzar los riesgos para la salud asociados a las condiciones socioeconómicas desfavorables (Chauvin et al., 2009).

1.3.2. La relación entre inmigración y salud en problemas específicos

Morbilidad: enfermedades crónicas e infecciosas

Enfermedades crónicas. La literatura europea, recoge que el riesgo de las enfermedades crónicas no parece asociarse al hecho de ser inmigrante, donde los cánceres relacionados con los estilos de vida occidentales, generalmente ocurren con menor frecuencia entre las personas inmigrantes, aunque no se descarte que en un futuro puedan equilibrarse debido a la adopción de nuevos estilos de vida en la sociedad occidental (Ramasco y Palanca, 2006). En algunas patologías crónicas las tasas de incidencia, prevalencia o de mortalidad son altas en algunos grupos de inmigrantes y más bajas en otros, en referencia a las poblaciones autóctonas. Entre las patologías crónicas que tienden a presentarse con mayor frecuencia entre las poblaciones inmigrantes se incluyen el cáncer de estómago, el cáncer cervical, los accidentes cerebro-vasculares y la diabetes mellitus. En otros estudios se incluyen también una mayor frecuencia de asma y problemas músculo-esqueléticos, aunque la evidencia es todavía incompleta (Misra y Ganda, 2007).

Los estudios que recogen enfermedades específicas encuentran una gran variabilidad entre los diferentes grupos de inmigrantes, con mayores riesgos para las personas procedentes de África comparado las nacidos en Latinoamérica (Deboosere y Gadeyne, 2005). Esta variabilidad resulta sorprendente, teniendo en cuenta la relativa homogeneidad en el estatus socioeconómico, principal factor de riesgo de las enfermedades crónicas referido ampliamente en la literatura para las personas autóctonas, donde la posición socio económica se relaciona directamente con las patologías crónicas y con una menor esperanza de vida (Mackenbach et al., 2008). Entre las explicaciones aportadas a la falta de evidencia de esta situación entre las personas inmigrantes se incluyen: la escasez de fuentes de datos, y al hecho de que los estudios están a menudo restringidos a una enfermedad específica o a un grupo

concreto de inmigrantes y en general se refieren a una ciudad o a un solo país europeo. Además existe la limitación de que con las fuentes de datos disponibles no es posible estratificar la población inmigrante, de acuerdo con la posición socioeconómica, el tiempo de residencia, la situación administrativa o la pertenencia étnica.

Las políticas destinadas a mejorar la situación de salud de las poblaciones inmigrantes, deberían dedicar una especial atención a las patologías crónicas que contribuyen a la carga de enfermedad en estas poblaciones.

Enfermedades infecciosas. Las hepatitis virales, la tuberculosis y enfermedades de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH son enfermedades transmisibles, por lo que su control y tratamiento constituyen una responsabilidad de las Administraciones Públicas. Es importante recordar que las enfermedades transmisibles, ya sea por vía aérea, sexual o sanguínea, implican un riesgo de infección a otros y que su manejo y tratamiento correcto son garantía de la protección de toda la comunidad, por lo que se deberían superar las limitaciones del marco legal y priorizar sobre cualquier otra consideración el derecho a la salud de estas poblaciones.

En Europa, la situación con respecto a la patología infecciosa ha mejorado, aunque los progresos no han sido generalizados. En algunos países europeos, la prevalencia de enfermedades como la tuberculosis y las hepatitis A y B se han mantenido relativamente elevadas (Clark y Mytton, 2007; Falzon y Cauetern, 2008). En general, las personas que presentan mayores tasas de infección proceden de países donde la prevención y el control de enfermedades infecciosas, como las hepatitis, la tuberculosis, y el VIH son insuficientes y, el riesgo de exposición a estas enfermedades es mayor que en los países del Norte. En España, diversos trabajos han puesto de manifiesto la mayor prevalencia de enfermedades infecciosas en la población inmigrante como las parasitosis, que incluyen la malaria o paludismo (Regué et al., 2002), la tuberculosis (Alonso Moreno et al., 2004), las hepatitis y algunas enfermedades de transmisión sexual, como la infección por el VIH (Caro-Murillo et al., 2009), las cuales suponen más riesgo de transmisión para la propia población inmigrante que para la población de acogida. A continuación se presenta un resumen de la evidencia disponible sobre el peso de las enfermedades infecciosas más relevantes entre la población inmigrante.

La *hepatitis A*, transmitida principalmente a través de alimentos y agua contaminados es endémica en países con deficiencias en el saneamiento, en el acceso al agua potable, con las condiciones de hacinamiento, y la falta de higiene, aunque también se recogen casos en el sur y sureste de Europa (Schenkel et al., 2006). Hay poca evidencia para indicar que la hepatitis A en Europa se asocia con la inmigración, aunque la alta prevalencia de la infección en Hungría se ha vinculado a la migración procedente de la antigua Yugoslavia y China. Estudios realizados en los Países Bajos encontraron una

mayor vulnerabilidad al virus de la Hepatitis A entre los hijos de las personas inmigrantes cuando viajaban en los periodos vacacionales de visita a sus países (Richardus et al., 2004). También, en España se han encontrado tasas relativamente altas de infección entre los hijos de inmigrantes que habían regresado a Marruecos para sus vacaciones, a pesar de la significativa contribución que se ha dado a través de los programas de vacunación universal (Llach-Berna et al., 2006).

La *Hepatitis B* en la UE, ha disminuido considerablemente en los últimos años. Sin embargo, en muchos países europeos las personas inmigrantes procedentes de regiones altamente endémicas están más afectados por el virus que la población general (Rantala y van de Laar, 2008). En la población europea la prevalencia del antígeno de superficie de la hepatitis B varía ampliamente entre los países de la UE, con tasas más altas en Rumania (6%), Bulgaria (4%) y Letonia (2%) y tasas más bajas en los Países Bajos, Eslovenia y Noruega (todos por debajo de 0,5%). Aunque, debido a las grandes diferencias que existen en los sistemas de vigilancia, en la presentación de informes de datos de prácticas, métodos de recolección y definiciones de caso en todos los países de la UE, los datos de vigilancia son difíciles de comparar entre países (Rantala y van de Laar, 2008).

La *Tuberculosis*, ha disminuido en los últimos 50 años en la mayor parte de los países de la UE, siendo menos evidente el descenso en los países de más reciente incorporación. La tendencia a la baja, ha sido interrumpida por la reaparición de la tuberculosis en las poblaciones vulnerables, incluidos los casos en personas inmigrantes (Falzon y van Cauetern, 2008; Jakubowiak et al., 2007). En Europa el año 2007, el 21% de los casos de tuberculosis notificados se produjeron en personas inmigrantes, variando la proporción del 16% al 79% en 17 países europeos de Europa. Existe evidencia de que la tuberculosis entre las personas inmigrantes está ocurriendo en los grupos de edad más jóvenes y se asocia también con menores tasas de tratamiento (Falzon y van Cauetern, 2007). En otra investigación de ámbito europeo, se estudia la incidencia y la prevalencia de la tuberculosis multirresistente, y se recoge una baja incidencia de esta enfermedad, aunque se detectan mayores niveles de enfermedad en las personas inmigrantes, principalmente en las procedentes de la antigua Unión Soviética (Kodmon et al., 2010).

Existen numerosas evidencias en la literatura científica, que señalan que la privación material es un determinante más influyente que el país de origen, y que muchas personas inmigrantes desarrollan la infección tuberculosa, como consecuencia de su situación socio-económica en el país de acogida. Así la privación material, que determina las condiciones de hacinamiento y de una nutrición inadecuada han sido señaladas como los principales factores que favorecen la reactivación de la tuberculosis, en personas anteriormente expuestas (Ho, 2003; Gagliotti et al., 2006). En el momento actual, el control de la tuberculosis entre las personas inmigrantes sigue siendo una cuestión fundamental,

de derecho individual al acceso a los servicios de diagnóstico y al tratamiento de la enfermedad (Cain et al., 2008).

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) presentan un problema humano, socioeconómico y médico en la mayoría de los países, en especial en los que tienen una débil infraestructura sanitaria, en los que puede llegar a afectar entre un 10% y un 25% de la población activa sexualmente. Las ITS constituyen el tercer proceso causante de mayor morbilidad en la población a nivel mundial después de las infecciones del tracto respiratorio superior y de la infección por el VIH (Carreras, 2001). En los últimos años, ha venido adquiriendo relevancia el análisis y explicación de las elevadas tasas de ITS y de infección por VIH entre las personas inmigrantes (Bermúdez et al., 2009; Chemtob y Grossman, 2004; Deren et al., 2005; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

En el contexto internacional, se ha vinculado la propagación de las ITS, y especialmente del VIH y Sida con la movilidad poblacional (Brofman, 2004; Magis-Rodríguez, 2005). El aumento progresivo de la llegada de personas inmigrantes a nuestro país ha planteado una serie de retos entre los que se encuentran la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las ITS y de la infección por el VIH y Sida. Este aumento de población, generó en un principio alarma social por la posibilidad de que dicha población supusiera una adicional puerta de entrada a las ITS, y fundamentalmente al VIH y Sida. Sin embargo, la preocupación actual se centra en la situación de vulnerabilidad de estos colectivos debido a la falta de información, a la precariedad económico-social y a los problemas derivados de la adaptación a una nueva cultura (Del Amo et al., 2001). La realidad es que la mayoría de estas personas, hombres y mujeres, son jóvenes y sanas, pero en una especial situación de vulnerabilidad frente a la infección (Cots, 2002). Estudios internacionales señalan que las condiciones de precariedad laboral, económica y el desarraigo cultural hacen que su situación sea de especial vulnerabilidad a este tipo de infecciones. También señalan que la baja comprensión del idioma del país de acogida, la percepción de discriminación y la inexistencia de redes de apoyo podría influir en la mayor susceptibilidad a la infección (Brondfman, 1996; Herdt, 1997).

La mayoría de los estudios sobre la infección del VIH y Sida en Europa provienen de Reino Unido, Holanda, Alemania, Suecia, Irlanda, España e Italia (ECDC, 2011). En el Reino Unido se calcula que aproximadamente el 70% de la incidencia del VIH y Sida se recoge en la población inmigrante, siendo el 90% de los casos en inmigrantes procedentes de África subsahariana y en Bélgica, las personas inmigrantes representan más del 50% de todos los casos de VIH y Sida notificados desde el comienzo de la epidemia (EuroHIV, 2006; Hamers y Downs, 2004; Sasse y Defraye, 2006). En España, al igual que en el País Vasco, en términos relativos, el peso de los contagios en la población inmigrante ha aumentado, hasta alcanzar el 36,3%, debido fundamentalmente al descenso en el número de diagnósticos en la población autóctona (Llenas-García et al., 2012). Estas

diferencias se han relacionado con las limitaciones en la población inmigrante, para acceder tanto a las intervenciones preventivas como a la atención sanitaria debido a barreras legales, culturales, lingüísticas y socioeconómicas.

España firmó en el año 2000 la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas (United Nations Declaration, 2012), en la que se concretaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio para erradicar la pobreza. El sexto de dichos objetivos se refiere al compromiso de lograr el acceso universal al tratamiento del VIH y Sida en toda persona viviendo con el virus (United Nations Declaration, 2012). Sin embargo, se ha demostrado que la aplicación del nuevo Decreto Ley 12/2012 de 20 de Abril, en España, tiene múltiples consecuencias indeseables en el ámbito de la infección por VIH y Sida como el aumento tanto de la mortalidad y morbilidad como de los ingresos hospitalarios en las personas viviendo con el virus, el incremento de la transmisión materno-infantil, y el aumento de los gastos sanitarios a medio-largo plazo, lo que nos aleja de los objetivos de salud internacionalmente asumidos, y suponiendo un claro incumplimiento del compromiso adquirido con las Naciones Unidas (López- Fernández, 2012). También los efectos se trasladarán al espacio comunitario ya que aumentará, en términos generales, el riesgo de transmisión de VIH, así como, de otras enfermedades transmisibles (como tuberculosis, sífilis y hepatitis B), a las que la población inmigrante es especialmente vulnerable, como consecuencia de la ausencia de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

El incremento esperable de la morbimortalidad supondrá un mayor coste en la atención de los pacientes, coste que se verá incrementado aún más en las personas más inmunodeprimidas (Blasco et al., 2011). Por tanto, la aplicación del Real Decreto supondrá un ahorro económico muy inferior al esperado a corto plazo e impactará negativamente en la salud pública de nuestro país, y muy especialmente en las personas viviendo con el VIH y Sida que corren el riesgo de quedar sin atención. Según las estimaciones realizadas en España, esta es la situación de entre 2.700 y 4.600 personas inmigrantes que en situación irregular están viviendo con el VIH y Sida, y cuyo acceso al tratamiento antirretroviral queda gravemente comprometido (Pérez-Molina y Pulido Ortega, 2012)

Salud mental

En el proceso de adaptación de las personas inmigrantes, al país de destino se ha demostrado que aumenta la vulnerabilidad a los problemas de salud mental como la ansiedad, depresión, el estrés y las somatizaciones (Pertínez Mena et al., 2002, Bernstein et al., 2011). Además los problemas de salud mental, también han sido relacionados por diversos autores con las condiciones de trabajo, la inseguridad en el empleo y la discriminación percibida en el ámbito laboral (De Castro et al., 2008a; 2008b) y la falta de apoyo social (Rodríguez Álvarez et al., 2009). En su metanálisis, Selten et al., (2007) sugieren que lo que ellos denominan “la derrota social”, es el factor determinante en el desarrollo de trastornos mentales en la población inmigrante. Además factores como

el racismo, los problemas relacionados con las condiciones de la vivienda, el empleo y otros factores asociados, influyen en la salud mental de las personas inmigrantes (Selten y et al., 2007; Swinnen y Selten, 2007). Otra posible fuente de estrés, reconocida en la literatura, es la percepción de discriminación (Borrel y Dallo, 2008; Noh y Kaspar, 2003). La experiencia de ser discriminado por razón de raza, religión o pertenencia étnica se ha identificado por sí misma como un factor de riesgo que predispone a padecer problemas de salud física y mental (Noh y Kaspar, 2003). Asimismo, se ha sugerido que la discriminación puede ser uno de los factores explicativos de las mayores tasas de esquizofrenia entre las personas afrocaribeñas viviendo en Europa (Cantor-Graae y Selten, 2005; Brugha, 2000).

El estrés aculturativo ofrece un marco conceptual y empírico en el que se puede ajustar la relación entre la psicopatología y la inmigración y que resulta respaldado por el grueso de la investigación actual sobre el tema, el cual reconoce que el tiempo transcurrido en un país nuevo, desconocido y, frecuentemente hostil, puede resultar muy estresante. La interacción habitual con personas autóctonas en la lengua del país de acogida, un indicador de integración, puede ser, en sí, muy estresante por el esfuerzo que requiere de adaptación a diferentes normas sociales, al tiempo que puede exponer al individuo a prejuicios y discriminaciones más o menos intensas. Sin embargo, no hay demasiados estudios que analicen adecuadamente la relación entre el nivel de estrés aculturativo y el desarrollo de psicopatología. En alguno de estos estudios (Hovey, 2000) se evidencia que cuanto mayor es el grado de este tipo de estrés, más frecuentes son en algunos de los grupos étnicos estudiados los síntomas depresivos o las ideas de suicidio, así como de ansiedad (Hovey y Magaña, 2002), síntomas de bulimia (Pérez et al., 2002), o los trastornos por abuso de sustancias (Gil et al., 2000; Vega et al., 2002).

Aceptando la complejidad del fenómeno migratorio y la heterogeneidad de los colectivos de inmigrantes, las difíciles condiciones sociales, unidas estrechamente a los aspectos vinculados a la inmigración por causas económicas, pueden dar lugar a duelos complicados que influyen negativamente en la salud mental de estas poblaciones. De ahí que se requiera de una mayor profundización en el conocimiento sobre los determinantes que afectan negativamente en la salud mental y los mecanismos para su reducción (Lindert et al., 2008).

Salud sexual y reproductiva

Los derechos relativos a la salud sexual y reproductiva tienen una influencia fundamental en las estrategias que se desarrollan para lograr la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres. Según el Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP, 2004) la salud sexual y reproductiva se define como un estado de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña,

además, la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y la libertad para decidir procrear cuándo y con qué frecuencia.

La salud reproductiva de las mujeres inmigrantes supone una preocupación importante en el campo de la salud pública, en relación, por ejemplo, con el parto prematuro, el bajo peso al nacer, las complicaciones del parto, los embarazos no deseados, al desconocimiento de los métodos anticonceptivos, a las enfermedades de transmisión sexual o la interrupción voluntaria de embarazo (Fernández et al., 2006). En los últimos años se ha producido un aumento importante en el número de mujeres que emigran, bien como consecuencia de los procesos de reagrupación familiar o bien como consecuencia de proyectos migratorios personales. Las mujeres inmigrantes en España, suponen casi la mitad del total de la población inmigrante, están mayoritariamente en edad fértil y están contribuyendo al cambio demográfico (Arango, 2004; Jansá y García de Olalla, 2004; Jansá, 2006). Las mujeres embarazadas inmigrantes suelen ser jóvenes, sanas, no sufren en general patologías distintas a las de la población autóctona, son cinco años más jóvenes de media, fuman menos y tienen menos problemas de sobrepeso. Se detectan pautas reproductivas similares a las de sus países de origen durante los primeros años de estancia, con altos índices de natalidad, tendencia a la multiparidad y a intervalos intergenésicos cortos, embarazos en la adolescencia, tardando en asimilarse a las cotas más bajas de nuestros países.

Según recoge la literatura, las mujeres inmigrantes acceden tarde al control del embarazo, con frecuencia pasado el sexto mes de gestación y además cumplen peor con el seguimiento del mismo, con consultas menos frecuentes y más discontinuas. Esto favorece el desarrollo de enfermedades relacionadas con el embarazo que no son detectadas a tiempo, y la dificultad para realizar un diagnóstico precoz de las malformaciones fetales, y para acceder a la interrupción voluntaria del embarazo. Se han observado mayores tasas de bajo peso al nacer, partos prematuros y complicaciones en el parto entre las mujeres procedentes de África Subsahariana y de Latinoamérica, que en las españolas (Pardo et al., 2006; Casamitjana 2009). También se han descrito en estudios europeos mayores tasas de anomalías congénitas y de mortalidad materna (de la Torre et al., 2006;).

Diversos estudios muestran que existen una serie de factores que inciden en la salud sexual y reproductiva, que están ligados a las desigualdades de género y a las condiciones socio-económicas que padecen las mujeres inmigrantes entre las que se incluyen el nivel de estudios, la situación de irregularidad administrativa, la precariedad laboral, las barreras lingüísticas, el desconocimiento del sistema sanitario del país de destino, y el desarraigo cultural y afectivo (Oliver, 2007; McDonald, 2009).

Las mujeres inmigrantes, además, están sujetas a una carga “extra” de violencia social y psicológica, ya que a la situación desfavorable de su condición de inmigrante, que comparten con los hombres, se suma la de género. Los informes anuales sobre desarrollo

humano, que publica el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, demuestran que la desigualdad en las condiciones de vida y en oportunidades sociales entre mujeres y hombres es una característica común a todos los países, independientemente de su nivel de desarrollo (PNUD, 2009).

El Observatorio de salud de la mujer en su estudio “Aproximación a la salud sexual y reproductiva en España” pone de manifiesto la necesidad de contemplar en las investigaciones los aspectos sociales, culturales, psicológicos y la perspectiva de género, ya que van a influir en las relaciones afectivo-sexuales entre hombres y mujeres y sobre cómo los roles y las atribuciones social y culturalmente definidas determinan el grado de desigualdad de género existente (Observatorio de salud de la mujer, 2011). De ahí la importancia de profundizar en el conocimiento sobre los roles de género en los diferentes colectivos de inmigrantes que inciden en la salud sexual y reproductiva de las mujeres inmigrantes y cuáles son las principales barreras que tienen en el acceso normalizado a los servicios sanitarios y especialmente a los servicios de salud preventivos.

JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1. Justificación

A lo largo de este primer capítulo ha quedado patente la magnitud y la relevancia del fenómeno migratorio, así como de sus dimensiones sociales, políticas, laborales, y de salud. Además, la inmigración es un fenómeno relativamente reciente y como característica diferencial respecto a otros países europeos es que ha evolucionado muy rápidamente, multiplicándose prácticamente por diez las cifras de esta población en los últimos diez años. Este aumento de población inmigrante plantea numerosos retos, tanto sanitarios como sociales. Si tenemos en cuenta que la inmigración ha sido definida como un relevante determinante social de la salud, que genera desigualdades sociales en salud y aunque las personas inmigrantes están en su mayoría sanas en el momento de llegada al país de acogida, esta situación se ve alterada con el tiempo debido a factores de vulnerabilidad estructural como la precariedad económica, laboral, las barreras culturales y administrativas, el desconocimiento del idioma o la falta de apoyo social y los efectos de la discriminación.

A pesar de la relevancia que tienen las desigualdades en salud, por el impacto que tienen en la salud poblacional y porque su eliminación supondría una mejora de la salud de la población en su conjunto, todavía no hay suficiente información sobre los factores sociales que determinan las desigualdades en salud entre las personas inmigrantes. En este sentido, son pues necesarios estudios, como el planteado en esta tesis, que permitan generar conocimientos sobre las causas sociales de la salud y de la enfermedad y del acceso a los servicios de salud. Estos avances en el conocimiento son fundamentales para poder instrumentar políticas dirigidas a reducir las desigualdades sociales en salud, y en la equidad en los servicios de salud de forma que las personas tengan mayores oportunidades de disfrutar de una buena salud.

2.2. Objetivos de la investigación

El objetivo general de esta tesis es analizar las desigualdades en salud según el lugar de nacimiento y sus principales determinantes en los inmigrantes procedentes de China, Latinoamérica, Magreb y Senegal que viven en el País Vasco.

Objetivos específicos

1. Identificar los determinantes sociales que explican las diferencias en el estado de salud percibido en los inmigrantes estudiados.
2. Identificar los determinantes sociales que explican las diferencias en los conocimientos, en relación con el VIH y Sida en los inmigrantes encuestados.
3. Identificar los determinantes sociales que explican las diferencias en la utilización de los servicios de Atención Primaria y de Urgencia Hospitalaria en los inmigrantes incluidos en este estudio.

2.3. Hipótesis

Las hipótesis principales de las cuales partió esta investigación fueron las siguientes:

1. El lugar de nacimiento constituye un eje de desigualdad en salud en la población inmigrante.
2. Los determinantes sociales estructurales como el género, el tiempo de estancia, el nivel de estudios, la situación laboral y el conocimiento del idioma del país de acogida tienen un importante papel en la salud de las personas inmigrantes, en las conductas relacionadas con la salud, en la utilización de los servicios sanitarios y en la determinación de las desigualdades sociales en salud.
3. Dentro de los determinantes sociales intermedios el apoyo social como factor psicosocial y la discriminación percibida tienen un efecto intermedio en el estado de salud y en la utilización de los servicios de salud.

METODOLOGÍA

En este capítulo se describirá la metodología llevada a cabo en la presente tesis. En primer lugar, se describirá el diseño de investigación que se ha planteado para responder a los objetivos planteados. Posteriormente, se especificarán tanto las fuentes de información utilizadas como las variables que se han analizado así como los tipos de análisis de datos realizados.

3.1. Población, diseño y fuente de datos

Con el fin de llevar a cabo los objetivos anteriormente citados, se diseñó un estudio descriptivo transversal referido a la población inmigrante procedente de China, Latinoamérica, Magreb y Senegal que residía en Bizkaia en 2009.

Se utilizaron los datos recogidos, por el grupo de investigación IMISATE, relativos a la segunda Encuesta de Salud de la Población Inmigrante del País Vasco de 2009 (ESPICAV'09). En dicha encuesta se recogió información relativa a los indicadores de salud, los factores determinantes de la salud (posición social, condiciones de vida y trabajo, hábitos de vida, prácticas preventivas y características socioeconómicas) y las consecuencias de salud (uso de servicios sanitarios, consumo de medicamentos y gasto sanitario familiar) (Tabla 3.1). En la realización de la ESPICAV'09 se utilizó un cuestionario basado en el cuestionario que el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco utilizó en la realización de la Encuesta de Salud de Población Vasca del año 2007 (ESCAV'07). Algunas de las variables que se incluyeron, en la encuesta de inmigrantes, fueron extraídas de forma literal de la ESCAV'07 y otras fueron incluidas por ser consideradas relevantes para identificar los determinantes sociales de la salud en las poblaciones inmigrantes. En la encuesta de inmigrantes se incluyó, también, el Cuestionario sobre Conocimientos frente a las ITS y el VIH/SIDA siguiendo las directrices sobre la elaboración de indicadores básicos propuestos por ONUSIDA (Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS, 2010).

Tabla 3.1. Contenido de la Encuesta de Salud de la Población Inmigrante de la Comunidad Autónoma del País Vasco, 2009.

INDICADORES DE SALUD	DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	SERVICIOS DE SALUD
ESTADO DE SALUD	DETERMINANTES ESTRUCTURALES	PRÁCTICAS PREVENTIVAS
Autovaloración de la Salud Calidad de Vida Relacionada con la Salud Limitación temporal de la Actividad Morbilidad Crónica Salud Mental	Proceso migratorio: lugar de nacimiento, grupo étnico, sexo, edad, tiempo de estancia, situación administrativa, nivel de estudios, situación laboral	Vacunación antigripal Medida de tensión arterial Análisis de colesterol Mamografías Citologías Consejo médico preventivo
	DETERMINANTES INTERMEDIOS	USO DE SERVICIOS DE SALUD
	<i>Condiciones de vida y trabajo:</i> Condiciones de trabajo Vivienda <i>Factores psicosociales:</i> Salud Social Satisfacción Social <i>Discriminación y Violencia</i> <i>Conductas relacionadas con la Salud y factores relacionados:</i> Consumo de alcohol y tabaco, peso corporal, actividad física, hábitos de sueño y alimentarios, Salud Sexual y reproductiva, educación sanitaria (conocimiento sobre VIH, ITS y tuberculosis).	Consultas médicas Atención urgente Hospitalizaciones Opinión Sistema Sanitario Consumo de medicamentos

Diseño muestral

Las características específicas de la población inmigrante como son su alta movilidad, algunos empadronamientos no actualizados y situaciones administrativas irregulares, determinaron la utilización de un muestreo de conveniencia con cuotas según sexo y lugar de procedencia. El tamaño y distribución de la muestra se calculó a partir de los datos del Padrón Municipal a 1 de Enero de 2007, proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística, en el que los inmigrantes irregulares también están registrados.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se recurrió a la fórmula tradicional que se realiza en un muestreo aleatorio simple, utilizando como referencia $p=q=0,5$ que asegura el máximo tamaño muestral. Un nivel de confianza del 95% y un error máximo admisible del 4% para una población de 89.849 personas dieron como resultado un tamaño muestral final de 765 personas inmigrantes, 86 procedentes de China (50% hombres y 50% mujeres), 368 de Latinoamérica (39% hombres y 61% mujeres), 237 de Magreb (63% hombres y 37% mujeres) y 74 (hombres) de Senegal (Tabla 3.2). El bajo número de mujeres inmigrantes senegalesas entrevistadas no permitió incluirlas en los análisis.

Tabla 3.2. Distribución de la muestra según sexo y zona geográfica de procedencia, 2009.

	China N(%)	Latinoamérica N(%)	Magreb N(%)	Senegal N(%)	TOTAL N(%)
Hombre	43(50)	144(39,1)	150(63,3)	74(100)	411(53,72)
Mujer	43(50)	224 (60,9)	87(36,7)	-	354(46,28)
TOTAL	86(100)	368 (100)	237(100)	74(100)	765(100)

Recogida de datos

La recogida de datos se llevó a cabo mediante entrevistas personales. Las entrevistas fueron realizadas por personas de las mismas nacionalidades que las personas entrevistadas, lo que garantizó una mejor comprensión y cumplimentación del cuestionario. Las personas entrevistadoras fueron formadas y entrenadas sobre los objetivos, los instrumentos de medida utilizados, las definiciones de las variables y el procedimiento de la recogida de datos.

El contacto y administración de las encuestas tuvo lugar entre los meses de Abril y Agosto del año 2009 en diversas localizaciones como sedes de ONGs, asociaciones de apoyo a las personas inmigrantes y en los lugares de ocio de las personas inmigrantes. El tiempo de aplicación de la encuesta fue de 60 minutos y los idiomas utilizados fueron el chino mandarín, el castellano, el árabe marroquí y el wolof. Se incluyó a las personas participantes de forma consecutiva, tras solicitar su consentimiento oral y explicar el objetivo del estudio.

3.2. Variables

En este apartado se definen y describen las variables que se han considerado a partir del ESPICAV'09, tanto las utilizadas como variables dependientes o resultado como las posibles candidatas a influir en ellas. Para la realización de esta tesis, se han utilizado variables que, en algunos casos, mantuvieron su forma original, tal y como fueron recogidas inicialmente, mientras que otras han sido transformadas para su utilización específica en este trabajo. Toda esta información se recoge en la tabla 3.3. y se detalla a continuación.

3.2.1. Variables sociodemográficas

En el marco del proceso migratorio se incluyen el lugar de nacimiento, el sexo, la edad, el tiempo de estancia en la CAPV, la situación administrativa, el nivel de estudios, el conocimiento del castellano y la situación laboral. Todos ellos establecen importantes diferencias en las experiencias, oportunidades y recursos con los que las personas cuentan, afectan de forma relevante a su salud y explican las diferencias observadas entre los diferentes colectivos de inmigrantes y con respecto a la población autóctona (Reijneveld, 1998; Hernández-Quevedo y Jiménez-Rubio, 2008; Leão et al., 2009;).

Lugar de nacimiento: Los países de procedencia de las personas del Magreb fueron Marruecos y Argelia. Senegal fue el país de procedencia de todos los hombres de África Subsahariana. Diez fueron los países de procedencia de las personas latinoamericanas y China fue el país de procedencia de las personas de Asia. Para los análisis la variable fue categorizada en cuatro grupos según el origen geográfico o país de nacimiento: China, Latinoamérica, Magreb y Senegal.

Tiempo de estancia: El proyecto migratorio generalmente se emprende cuando de partida, se dispone de un adecuado nivel de salud funcional, sobre todo, en el caso de la migración económica, en el que el inmigrante pretende vender su fuerza de trabajo en un mercado de empleos manuales no cualificados. El efecto del *inmigrante sano*, ampliamente descrito en la literatura científica, relaciona el tiempo de estancia en el país de destino con el estado de salud. Así, el inmigrante recién llegado presenta un mejor estado de salud que el de la población autóctona, empeora con el tiempo de permanencia y finalmente se produce un incremento del uso de servicios sanitarios, consecuencia de un empeoramiento relativo de las condiciones clínicas.

Tabla 3.3. Variables originales, modificaciones realizadas y variables finales utilizadas.

<i>Variable original</i>	<i>¿Se ha modificado la variable original?</i>	<i>Variable Final</i>
Lugar de nacimiento	Únicamente agregación en categorías	Origen geográfico
Sexo	No	Sexo
Edad	Únicamente agregación en categorías	Edad
Tiempo de estancia	Únicamente agregación en categorías	Tiempo de estancia
Situación administrativa	Únicamente agregación en categorías	Situación administrativa
Nivel de estudios	Únicamente agregación en categorías	Nivel de estudios
Idioma	Únicamente agregación en categorías	Entiende castellano
Situación laboral	Únicamente agregación en categorías	Situación laboral
Problemas crónicos	Recodificación	Ausencia de problemas crónicos
Salud Mental	Nueva variable a partir de un algoritmo	Síntomas de ansiedad/depresión
Autovaloración de la salud	Recodificación	Mala salud percibida
Apoyo social	Nueva variable a partir de un algoritmo	Bajo apoyo social
Vida social	Únicamente agregación en categorías	Satisfacción con la vida social
Discriminación	Únicamente agregación en categorías	Discriminación percibida
Ha oído hablar del VIH	No	He oído hablar del VIH
Ha oído hablar de las ITS	No	He oído hablar de las ITS
Conoce el lugar en el que realizar la prueba diagnóstica	No	Sé dónde realizar la prueba diagnóstica
Conocimientos sobre la transmisión del VIH	Nueva variable a partir de un algoritmo	Variable Resumen de Conocimientos Inadecuados sobre la Transmisión del VIH
Conocimientos sobre la prevención del VIH	Nueva variable a partir de un algoritmo	Variable Resumen de Conocimientos Inadecuados sobre la Prevención de VIH
Consejo sanitario sobre SIDA	No	He recibido consejo sanitario sobre SIDA
Utilización de la atención primaria	No	Utilización de la Atención Primaria
Utilización de la Urgencia hospitalaria	No	Utilización de la Atención Primaria

Esto vendría determinado por una combinación de factores sociales, culturales, políticos, económicos que determinan su posición en la sociedad de acogida y pueden contribuir al declive del estado de salud (Chandola y Jenkinsonmn, 2000; Nazroo, 2003; McDonald y Kennedy, 2004). Estas son las razones por las que se incluyeron en la encuesta de salud preguntas relacionadas con el tiempo de estancia.

Las preguntas incluidas en la ESPICAV fueron: *tiempo de estancia en España (en meses)*. Para los análisis de esta tesis, el tiempo de estancia se codificó en grupos quinquenales o bianuales según las necesidades de los análisis.

Situación administrativa: La situación administrativa es una de las variables necesarias a tener en cuenta a la hora de estudiar la salud de la población inmigrante (Simich et al., 2007; Aguledo et al., 2009a; Sousa et al., 2010). Las dos principales situaciones administrativas de los extranjeros son la legalidad y la irregularidad administrativa. La legalidad incluye a las personas que cuentan con autorizaciones y permisos de residencia. La irregularidad o carencia de papeles, sólo permite recibir una escolarización gratuita y subvenciones en la escuela primaria así como asistencia sanitaria gratuita y los servicios sociales básicos, siempre y cuando la persona extranjera se encuentre empadronada.

Las personas en situación de irregularidad administrativa que no están empadronadas tienen derecho exclusivamente a la atención sanitaria de urgencias, salvo en el caso de las mujeres embarazadas y las personas menores de 18 años que no necesitan cumplir ningún requisito.

A las personas encuestadas se les preguntaba por su *situación administrativa* y entre las opciones de respuesta se incluyeron desde la irregularidad administrativa hasta el permiso de residencia. Para los análisis en esta tesis la situación administrativa se agrupó en dos categorías: "regularizada" e "irregular".

Edad: Para los análisis la variable fue categorizada en grupos decenales.

Sexo: Los análisis descriptivos se realizaron de forma separada para hombres y mujeres y para el resto de los análisis el sexo fue una variable de ajuste.

Nivel de estudios: el nivel de estudios ha sido, quizás, uno de los indicadores de posición social más utilizado en los estudios sobre desigualdades sociales en salud (Crimmins y Cambois, 2003). Sus principales ventajas son, en primer lugar, que se trata de una variable cuyo valor es alcanzado por el individuo en un momento más o menos temprano de la vida y que permanece relativamente estable en el tiempo. En segundo lugar, todas las personas pueden ser clasificadas según este indicador, lo que evita problemas en grupos poblacionales como el de las personas inmigrantes o el de las

mujeres, en los que la clasificación según otros indicadores como la ocupación puede no ser directa.

Para esta tesis, el nivel de estudios se agrupó en las siguientes categorías: “sin estudios o hasta estudios primarios”, “estudios secundarios” y “estudios universitarios”.

Manejo del castellano: un factor importante a considerar entre la población inmigrante es el manejo del idioma del país de destino. Cuando no se habla ni se entiende el idioma del país de acogida resulta más difícil encontrar trabajo, tener buenas relaciones laborales, utilizar los servicios e integrarse socialmente. Estas dificultades también afectan a la búsqueda de la atención sanitaria y al proceso de la asistencia sanitaria, la prescripción clínica, los consejos sanitarios y el cumplimiento de los tratamientos y por lo tanto influye en su salud (Adler y Rehkopf, 2008; Jerant et al., 2008; Pottie et al., 2008).

A las personas encuestadas se les preguntaba por su nivel para entender, hablar, leer o escribir castellano. Las opciones de respuesta para cada nivel incluyeron desde “nada” hasta “sin problemas”. En los análisis de esta tesis se utilizó la variable *entender castellano* y las respuestas se agruparon en dos categorías: “nada, muy poco o con dificultades” y “sin problemas”.

Situación laboral: La desigualdad en salud está estrechamente vinculada a las condiciones de empleo, donde la posición desigual en el mercado de trabajo de las personas inmigrantes se relaciona, fundamentalmente, con la mayor precariedad de los trabajos que realizan, en la que se incluye la inestabilidad en el empleo, el nivel salarial, la presencia de beneficios o protección social y la incapacidad para ejercer los derechos (Aguledo et al., 2009b).

A las personas encuestadas se les preguntaba por su *situación laboral* y las opciones de respuesta incluyeron: “trabajando”, “en paro con trabajo anterior”, “buscando el primer empleo”, “estudiando”, “labores del hogar”, “jubilado” y otros. Para los análisis realizados en esta tesis, la situación laboral se agrupó en dos categorías: “trabajando” y “no trabajando”.

3.2.2. Variables de estado de salud

Problemas crónicos: La morbilidad crónica se valoró mediante las respuestas a la cuestión: *¿Tiene alguno de los siguientes problemas crónicos?:* “osteomusculares (artritis, artrosis, hernias, dolores de espalda, osteoporosis)”, “enfermedades mentales (ansiedad/depresión)”, “enfermedades vasculares”, “enfermedades respiratorias (asma, bronquitis crónica)”, “enfermedades digestivas (úlceras de estómago, úlcera de duodeno)”, “riesgos cardiovasculares (hipertensión, colesterol, infarto)”, “Otras (anotar)”. Para los análisis

en esta tesis los problemas crónicos se agruparon en dos categorías: “sí” que incluyó a las personas que declararon tener algún problema crónico y “no” que incluyó a las que declararon no ningún problema crónico.

Salud Mental: La salud mental se valoró utilizando la escala de cinco ítems del Mental Health Inventory (MHI-5), incluida en el Cuestionario de Salud SF-36. El MHI-5 incluye ítems relacionados con la ansiedad, la depresión, el control emocional y el bienestar psicológico. El rango de valores va de 0 a 100. Mayores valores indican una mejor salud mental. El MHI-5 ha mostrado una capacidad predictiva para detectar trastornos afectivos y de ansiedad (Berwick et al., 1991; Kelly et al., 2008). Las preguntas formuladas fueron: Durante el último mes *¿Cuánto tiempo...? Estuvo muy nervioso/a, Se sintió con la moral tan baja que nada podría animarle? Se sintió en calma y con gran tranquilidad, Se sintió con desánimo y tristeza, Se sintió feliz.* Las categorías de respuesta fueron las mismas: “siempre”, “casi siempre”, “muchas veces”, “algunas veces”, “solo alguna vez” y “nunca”. Siguiendo el criterio estándar se consideró que había síntomas de ansiedad o depresión cuando la puntuación alcanzó un valor menor de 52.

Autovaloración de la salud: se trata de un indicador sencillo, basado en una sola pregunta, que refleja la percepción subjetiva que las personas tienen de su propia salud y sintetiza aspectos objetivos y subjetivos relacionados con la idea que las personas tienen de su salud. Se trata de un indicador muy utilizado que ha mostrado estar muy relacionado con el padecimiento de enfermedades clínicamente diagnosticadas, el uso de servicios sanitarios así como con la mortalidad, incluso después de aislar el efecto de otros factores de riesgo como el consumo de tabaco o el nivel de colesterol (Patrick y Bergner, 1990; Idler y Benyamini, 1997). En la ESPICAV'09 la autovaloración de la salud se recoge en dos ocasiones, una de las cuales como pregunta específica de autovaloración de la salud y otra como parte de la escala de calidad de vida relacionada con la salud SF-36. La valoración de la salud fue medida a través de la pregunta: *¿En general como diría que es su salud?* e incluye cinco categorías de respuesta, entre “excelente” y “mala”. Para los análisis realizados en esta tesis, la autovaloración de la salud se recodificó en: *Buena salud percibida*, que incluyó a las personas que declararon su salud como “excelente”, “muy buena” o “buena” y *Mala salud percibida* que incluyó a las personas que declararon su salud como “mala o muy mala”.

3.2.3. Variables psicosociales

Apoyo social: El apoyo social es un elemento esencial tanto para el estado de salud como para el sistema sanitario, ya que influye en la intervención preventiva, terapéutica

y rehabilitadora de los diferentes problemas de salud. En la encuesta está incorporado el cuestionario de apoyo social funcional DUKE-UNC-11. Esta escala mide los aspectos cualitativos y funcionales de los apoyos y no tanto el número y la extensión de la red de apoyo (De la Revilla et al., 1991). La escala de 11 ítems mide las dimensiones de confianza del apoyo emocional: el apoyo confidencial (posibilidad de contar con personas para comunicarse sentimientos íntimos) y el apoyo afectivo (demostraciones de amor, cariño y empatía). Cada ítem es valorado de 1 a 5 y la puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real.

Se determinó que las puntuaciones inferiores al percentil 15, delimitaban a las personas con falta de apoyo social. Esta puntuación alcanzó un valor menor de 32, por lo que un valor menor se consideró falta de apoyo social y por encima de él se consideró que había apoyo social normal. Para los análisis de esta tesis, el apoyo social se agrupó en dos categorías: “bajo apoyo social” y “apoyo social normal”.

Satisfacción social: Las relaciones sociales son importantes a lo largo de toda la vida, fortalecen física y mentalmente a las personas, y se relacionan directamente con la sensación de bienestar y la calidad de vida (Borrel, 2005; Mulvaney et al., 2007). La satisfacción social fue medida a través de la pregunta *¿Cómo piensa que es su vida social?* e incluye cuatro categorías de respuesta, entre “muy satisfactoria” y “muy insatisfactoria”. La variable de satisfacción con la vida social se codificó en *satisfactoria*, que incluyó a las personas que declararon su vida social como “muy satisfactoria” y “algo satisfactoria” y en *insatisfactoria* que incluyó a las personas que declararon su vida social como “muy insatisfactoria” o “algo insatisfactoria”.

3.2.4. Variables discriminación

En los últimos años, se están realizando cada vez más estudios epidemiológicos sobre la discriminación y sus repercusiones sobre la salud física y mental (Ahmed et al., 2007; Williams y Mohammed, 2009). La discriminación hace referencia a un tratamiento despectivo hacia una persona debido a sus características personales o a la categoría de personas a la que pertenece (lugar de nacimiento, grupo étnico, condición social...). La discriminación perpetrada contra personas por su pertenencia a otra etnia, sean éstas inmigrantes o autóctonas, tiene consecuencias reconocidas sobre la salud (Gil-González, 2007). Los inmigrantes pueden ser objeto de discriminación en ámbitos como el laboral, el social, el sanitario o el educativo (Karlsen y Nazroo, 2002; Boardman, 2004;). En la ESPICAV'09 se recogió información sobre la discriminación percibida en los diferentes espacios en los que las personas desarrollan su vida cotidiana, con una cuestión específica para recoger

la discriminación y/o rechazo percibido por parte de los y las profesionales de la sanidad pública vasca.

La discriminación percibida fue medida a través de la pregunta: *¿Se ha sentido discriminado por su nacionalidad o condición de inmigrante en alguno de los siguientes ámbitos?: laboral, social, sanitario y educativo*. Las categorías de respuesta incluyeron “sí” y “no”. Para los análisis de esta tesis, la variable discriminación se codificó en “sí” que incluyó a las personas que declararon haber percibido discriminación en cualquiera de los ámbitos y en “no” que incluyó a las personas que declararon no haber percibido discriminación.

La discriminación y/o rechazo percibido por parte de los y las profesionales de la sanidad pública vasca se midió a través de la pregunta *¿Cuándo tuvo un problema de salud se sintió discriminado por parte de los profesionales de salud?*. Para los análisis de esta tesis, la variable discriminación en el ámbito sanitario se codificó en “sí” que incluyó a las personas que declararon haber percibido discriminación en este ámbito y en “no” que incluyó a las personas que declararon no haberla percibido.

3.2.5. Variables de conocimientos sobre el VIH

En los últimos años, los progresos frente a la infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) han sido muy significativos en el campo de la terapia, pero limitados en el área de la prevención. Todas las estrategias deben asumir que la prevención y el tratamiento del VIH están interrelacionadas y deben acelerarse simultáneamente (ONUSIDA, 2004; Castilla et al., 2006; García et al., 2009;) por lo que el diseño de las estrategias para mejorar la prevención requiere de explorar los conocimientos y hábitos conductuales de la sociedad. Con este propósito se han realizado en diferentes países múltiples trabajos, tanto en población general, como en estratos sociales específicos (Pardo Moreno et al., 2007; Folch et al., 2008). Los datos así obtenidos son de gran utilidad, especialmente cuando pueden ser comparados con los observados en estudios anteriores. Esto puede proporcionar información adicional sobre la eficacia de las iniciativas adoptadas, y una mejor perspectiva de los cambios acontecidos tras una generación de convivencia con esta pandemia. Esta razones son las que indujeron a incluir en la encuesta de salud preguntas relacionadas con el conocimiento sobre el VIH y las ITS en las personas inmigrantes.

A las personas encuestadas se les preguntaba si habían oído alguna vez hablar sobre el VIH y las ITS, y sobre sus conocimientos sobre sus mecanismos de transmisión, prevención y el lugar en el que hacerse la prueba diagnóstica. También incorporaba cuestiones sobre antecedentes de infecciones de transmisión sexual, número de parejas sexuales y la utilización de preservativo en su última relación sexual.

Los conocimientos sobre la transmisión del VIH: se midieron según el indicador propuesto por ONUSIDA (Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS, 2010) que incluye seis cuestiones. Las preguntas formuladas fueron: *el VIH puede transmitirse: Por relaciones sexuales sin protección, Por compartir sangre, objetos cortantes, De la madre embarazada al hijo, Por la picadura de mosquito, Por compartir comida con la persona VIH y Una persona de aspecto sano puede ser VIH*. Las categorías de respuesta incluyeron "sí", "no", y "no sabe/no contesta". En los análisis realizados, se consideró como conocimiento inadecuado cuando no se respondía correctamente a la pregunta.

Se construyó una *Variable Resumen de conocimientos inadecuados sobre la transmisión del VIH*. Se consideró conocimiento inadecuado cuando no se respondía correctamente a todas las preguntas.

Los conocimientos sobre la prevención del VIH: se midieron con los tres ítems del enfoque ABC (Abstinence, Be faithful and Condoms), (Halperin, et al., 2004). Las preguntas formuladas fueron: *El VIH puede prevenirse: Practicando la abstinencia, Siendo fiel a la pareja, Utilizando preservativo*. Las categorías de respuesta incluyeron "sí", "no", y "no sabe/no contesta". En los análisis realizados, se consideró como conocimiento inadecuado cuando no se respondía correctamente a la pregunta.

Se construyó una *Variable Resumen de conocimientos inadecuados sobre la prevención del VIH*. Se consideró conocimiento inadecuado cuando no se respondía correctamente a todas las preguntas.

Conocimiento sobre el lugar en el que realizar la prueba diagnóstica del VIH fue medida a través de la pregunta *¿Sabe dónde realizar la prueba diagnóstica del VIH?*. Las categorías de respuesta incluyeron "sí" y "no".

Conocimientos sobre las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Los programas de prevención de VIH/SIDA reconocen la importancia de controlar las ITS para reducir la transmisión del VIH. La utilización del preservativo es considerado como la medida más eficaz para protegerse del VIH en las relaciones sexuales. Un indicador muy extendido y fácilmente comparable en las diferentes encuestas de salud sexual realizadas en otros países es el uso del preservativo en la última relación sexual, aunque también muy inespecífico y difícil de interpretar.

Se preguntó sobre si había oído hablar de las ITS, si había tenido antecedentes de estas infecciones, y si habían utilizado el preservativo en su última relación sexual. Las categorías de respuesta fueron "sí" y "no". También se incluyó la pregunta sobre el número de parejas sexuales.

3.2.6. Variables de prácticas preventivas

Consejo sanitario sobre SIDA: El análisis del consejo médico preventivo tiene como objetivo conocer la frecuencia con que el personal sanitario da consejos preventivos durante las consultas. Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son percibidas por la gran mayoría de la población como un problema de tiempos pasados. Sin embargo, a la vista de la evolución de la incidencia de las ITS, que presenta un incremento constante desde mediados de los años 90, es probable que se haya producido una falsa sensación de protección y un descenso en el nivel de alerta para evitar su transmisión. En este sentido, dentro de un marco de actuación más global, por ejemplo mediante el desarrollo de programas de prevención para la población general o la potenciación de los servicios de ITS, el consejo realizado por profesionales sanitarios a la población que acude a los centros de Atención Primaria resulta de máximo interés preventivo.

A las personas entrevistadas se les preguntaba *si en la consulta de Atención Primaria les habían hablado sobre SIDA*, las categorías de respuesta fueron “sí” y “no”.

3.2.7. Variables de uso de servicios de salud

La utilización de los servicios sanitarios está relacionada con el estado de salud de la población. Además de la salud, otros factores como la edad, el sexo, el nivel de estudios, el lugar de residencia, el grupo socioeconómico de los pacientes, el entorno cultural, la oferta de servicios sanitarios a nivel local puede determinar su accesibilidad y, por lo tanto, su utilización desigual (Sundquist, 2001; Díez y Peiró, 2004).

Consulta de Atención Primaria: La información sobre la utilización de la atención primaria será útil para conocer en qué medida la entrada al sistema de salud es universal. El requisito para acceder a la atención primaria es tener la Tarjeta de Identificación Sanitaria (TIS) para lo cual es necesario que la persona se encuentre empadronada.

Se planteó a la persona entrevistada *si había utilizado en alguna ocasión durante el último año los servicios de atención primaria* a las personas que tenían TIS. Las categorías de respuesta de las variables de utilización de los servicios sanitarios fueron “sí” y “no”.

Consulta en las Urgencias Hospitalarias: Una correcta organización y utilización de los servicios de urgencias (hospitalarios, centros de salud u otros) favorece la equidad, la efectividad, la calidad y eficiencia del sistema de salud. De acuerdo con un principio de equidad básico, la mayor utilización de estos servicios debe producirse en aquellos grupos que presentan una mayor necesidad de los mismos. Sin embargo, la necesidad de atención no es necesariamente el único factor que determina la utilización de urgencias.

Se trata de un servicio cuyo uso depende de una gran variedad de factores desde la propia organización del resto de servicios de sistema de salud (en especial, la atención primaria y especializada), hasta factores culturales, laborales, económicos, familiares, urbanos, políticos, administrativos, entre otros. La inadecuada utilización de los servicios de urgencias puede estar relacionada con la visita a estos servicios en sustitución de los que prestan la atención primaria y también por falta de una orientación preventiva en el cuidado de la propia salud, que lleva a acudir al sistema sanitario cuando los problemas ya son graves (Thorne et al., 2004; Junyent et al., 2006).

Se planteó a la persona entrevistada *si había utilizado en alguna ocasión durante el último año los servicios de la urgencia hospitalaria*. Las categorías de respuesta de las variables de utilización de los servicios sanitarios fueron “sí” y “no”.

3.3 Análisis de datos

La estrategia de análisis y las variables utilizadas en cada caso se especifican en los apartados siguientes.

3.3.1. Análisis univariante

Como paso previo, se realizó un análisis descriptivo de las variables utilizadas. Las variables cualitativas fueron resumidas mediante porcentajes, según el origen geográfico y el sexo de las personas entrevistadas.

3.3.2. Análisis bivalente

Posteriormente, se realizó un análisis de tablas de contingencia bidireccional, utilizando la prueba de Chi-cuadrado para determinar la asociación de las variables sociodemográficas, de salud, de utilización de los servicios de salud y de los conocimientos sobre ITS, VIH y lugar en el que realizar la prueba diagnóstica con el origen geográfico y el sexo dentro de cada origen geográfico.

3.3.3. Análisis de regresión logística binaria bivalente y multivalente

En tercer lugar se realizaron los análisis de regresión logística binaria bivalente para determinar las variables asociadas con las variables dependientes: estado de salud

percibido, conocimientos sobre la transmisión, prevención y el lugar en el que realizar la prueba diagnóstica del VIH y la utilización de los servicios de salud. Para determinar la dirección e intensidad de las asociaciones se calcularon Odds Ratio (95% IC).

Finalmente para contrastar la presencia de variables que pudieran enmascarar las asociaciones encontradas (variables de confusión y variables de interacción o modificadoras del efecto) se construyeron diferentes modelos de análisis de regresión logística multivariante para cada variable dependiente estudiada. La edad fue utilizada como variable de ajuste en los análisis bivariantes y multivariantes.

Para analizar las diferencias en la magnitud del efecto en relación al lugar de origen y al sexo se evaluaron las interacciones entre éstas y las demás variables.

En los análisis de regresión logística multivariante, las variables que habían sido significativas o que se encontraban cerca del nivel de significación, fueron incluidas de forma escalonada (siguiendo el modelo de los determinantes sociales de la salud) para analizar el impacto de cada variable en el modelo resultante ($p < 0,05$).

3.3.3.1. Modelos de análisis del estado de salud percibido

Se calcularon Odds Ratio (95% IC) a partir de modelos de regresión logística binaria bivalente para medir la asociación entre el mal estado de la salud percibido con las variables independientes (ver tabla 4.10).

Se realizaron 4 modelos de regresión logística. La variable dependiente fue el estado de salud, tomando como categoría de análisis el mal estado de salud percibido (malo y muy malo). Posteriormente para analizar las diferencias en la magnitud del efecto del lugar de origen y el sexo se evaluaron las interacciones entre estas y las demás variables (ver tabla 4.11). Las variables independientes utilizadas en los distintos modelos se detallan a continuación:

En el **modelo 1** se incluyeron: el origen geográfico, el sexo y la edad, y se tomaron como grupos de referencia ser de Latinoamérica, ser hombre y tener entre 17-24 años.

En el **modelo 2** se incluyeron: la situación administrativa, el tiempo de estancia, el nivel de estudios y la situación laboral. Los grupos de referencia fueron la regularidad administrativa, llevar menos de 5 años en España, los estudios universitarios, entender castellano sin problemas y estar trabajando.

En el **modelo 3** se añadió el apoyo social, y el grupo de referencia fue tener un apoyo social normal.

En el **modelo 4** se añadió: la discriminación percibida en cualquier ámbito y el grupo de referencia fue no haber percibido discriminación.

La validez de los modelos fue evaluada con la prueba de Hosmer y Lemeshow. Los análisis se realizaron con el soporte SPSS 19.

3.3.3.2. Modelos de análisis de los conocimientos sobre el VIH y las ITS

Se calcularon Odds Ratio (95% IC) a partir de modelos de regresión logística binaria bivariante para medir la asociación entre conocimientos inadecuados sobre el VIH: sobre la transmisión (ver tabla 4.12), la prevención (ver tabla 4.14) y el lugar en el que realizar la prueba diagnóstica (ver tabla 4.16) con las variables independientes.

Para el análisis de regresión logística multivariante todas las variables a estudio fueron incluidas, de forma escalonada para medir la asociación entre el conocimiento inadecuado de la transmisión, de la prevención y del lugar en el que realizar la prueba diagnóstica del VIH con las variables independientes. Se realizaron 4 modelos de regresión logística. Las variables dependientes fueron los conocimientos sobre las vías de transmisión (ver tabla 4.13), los métodos de prevención del VIH (variables resumen) (ver tabla 4.15) y el lugar en el que realizar la prueba diagnóstica (ver tabla 4.17). Las categorías de análisis fueron los conocimientos inadecuados. Posteriormente para analizar las diferencias en la magnitud del efecto del lugar de origen y el sexo se evaluaron las interacciones entre estas y las demás variables. Las variables independientes utilizadas en los distintos modelos se detallan a continuación.

Para los análisis de los *factores asociados a los conocimientos inadecuados sobre la prevención y la transmisión del VIH*:

En el **modelo 1** se incluyeron: el origen geográfico, el sexo y la edad, y se tomaron como grupos de referencia ser de Magreb, ser hombre y tener entre 18-24 años.

En el **modelo 2**: se incluyeron: la situación administrativa, el tiempo de estancia y el nivel de estudios. Los grupos de referencia fueron la regularidad administrativa, llevar menos de 4 años en España, los estudios secundarios, y entender castellano sin problemas.

En el **modelo 3** se incluyó haber oído hablar de las ITS y el grupo de referencia fue haber oído hablar de ellas.

Para los análisis de los *factores asociados al desconocimiento sobre el lugar en el que realizar la prueba diagnóstica del VIH*:

En el **modelo 1 y 2** se incluyeron las mismas variables que en los análisis de los factores asociados a los conocimientos inadecuados sobre la prevención y la transmisión del VIH.

En el **modelo 3** se incluyeron: haber oído hablar de las ITS, haber recibido consejo sanitario sobre SIDA en los servicios de atención primaria, y la variable resumen sobre el conocimiento inadecuado de la prevención del VIH. Los grupos de referencia fueron haber oído hablar sobre las ITS, haber recibido consejo sanitario sobre SIDA y tener un conocimiento inadecuado sobre la prevención del VIH (variable resumen).

La validez de los modelos fue evaluada con la prueba de Hosmer y Lemeshow. Los análisis se realizaron con el soporte SPSS 19.

3.3.3.4. Modelos de análisis del uso de servicios de salud

Se calcularon Odds Ratio (95% IC) a partir de modelos de regresión logística binaria bivariante para medir la asociación entre la utilización en el último año de los servicios de atención primaria (ver tabla 4.18) y de las urgencias hospitalarias (ver tabla 4.20) con las variables independientes.

Para el análisis de regresión logística multivariante las variables que habían sido significativas en el análisis bivariado, o que se encontraban cerca del nivel de significación estadística fueron incluidas. Se realizaron 4 modelos de regresión logística. Posteriormente para analizar las diferencias en la magnitud del efecto del lugar de origen y el sexo se evaluaron las interacciones entre estas y las demás variables.

Las variables dependientes fueron la utilización de los servicios de salud. Las categorías de análisis fueron haber utilizado la atención primaria en el último año (ver tabla 5.19) y haber utilizado la urgencia hospitalaria en el último año (ver tabla 5.21).

En el **modelo 1** se incluyeron: el origen geográfico, el sexo y la edad, y se tomaron como grupos de referencia ser de Latinoamérica, ser hombre y tener entre 18-24 años.

En el **modelo 2** se incluyeron: la situación administrativa, el tiempo de estancia, el nivel de estudios y la situación laboral. Los grupos de referencia fueron la regularidad administrativa, llevar menos de 5 años en España, tener estudios universitarios, entender castellano sin problemas y estar trabajando.

En el **modelo 3** se añadió la autovaloración de la salud y el grupo de referencia fue tener un estado de salud percibido excelente/muy bueno/bueno.

En el **modelo 4** se añadió la discriminación percibida en el ámbito sanitario y el grupo de referencia fue no haber percibido discriminación.

La validez de los modelos fue evaluada con la prueba de Hosmer y Lemeshow. Los análisis se realizaron con el soporte SPSS 19.

RESULTADOS

En este capítulo, se describen las características sociodemográficas (incluidas dentro de los determinantes estructurales de la salud), los factores psicosociales, la discriminación percibida y los de conocimientos sobre VIH (incluidas dentro de los determinantes intermedios de la salud), las características del estado de salud (incluidas dentro de los indicadores de la salud), y el uso de servicios de salud en las personas inmigrantes de China, Latinoamérica, Magreb y Senegal. Tal y como se ha señalado en el apartado anterior en segundo lugar se estudiarán las relaciones entre las variables analizadas y el origen geográfico y el sexo dentro de cada origen geográfico. Finalmente se describirán los factores que se han visto asociados al estado de salud, los conocimientos inadecuados sobre el VIH, el lugar en el que realizar la prueba diagnóstica y al uso de los servicios de salud mediante los modelos de regresión logística.

4.1. Características sociodemográficas

En este apartado se muestran los resultados relativos a los determinantes estructurales de la salud de la población inmigrante. En el marco del proceso migratorio se incluyen: el lugar de nacimiento, la edad, el tiempo de estancia en el país de destino, y la situación administrativa.

Los lugares de nacimiento de las personas estudiadas fueron China, Latinoamérica, Magreb y Senegal. China fue el origen de 86 personas (50% hombres y 50% mujeres), de Latinoamérica fueron 368 personas (39,1% hombres y 60,9% mujeres), de Magreb fueron 237 personas (63,3% hombres y 36,7% mujeres) y de Senegal 74 hombres. (Gráfico 4.1).

Edad

Las personas más jóvenes se encontraron entre las procedentes de Senegal, el 89,1%, tenían en el momento de la realización de la encuesta entre 16 y 34 años. Las personas procedentes de Magreb conformaron el segundo colectivo más joven, ya que, en el momento de la realización de la encuesta el 80,6% de los hombres y 72,5% de las mujeres tenían entre 16 y 34 años. Entre los 25 y 44 años se encontraban el 75,6% de

los hombres y el 77,7% de las mujeres procedentes de Latinoamérica, y el 63,3% de los hombres y el 69,8% de las mujeres procedentes de China (Tabla 4.1).

Gráfico 4.1. Composición de la muestra, por lugar de nacimiento y sexo, 2009.

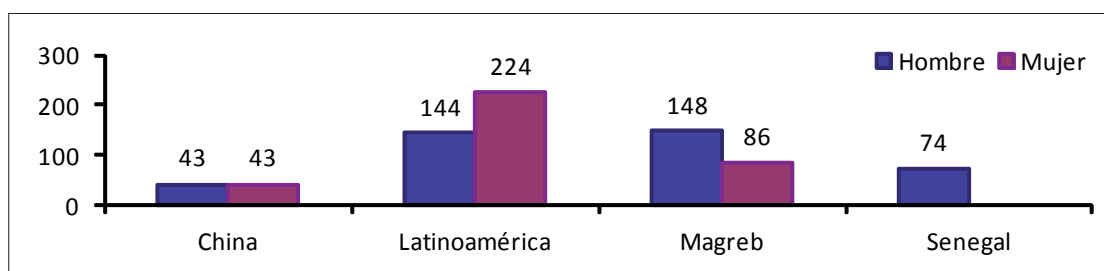


Tabla 4.1. Distribución de la edad de la muestra por origen geográfico sexo y edad, 2009.

		17-24	25-34	35-44	45-64
China	Hombre n=43	16,3	38,8	24,5	20,4
	Mujer n=43	20,9	34,9	34,9	9,3
Latinoamérica	Hombre n=144	13,9	48,3	27,3	10,5
	Mujer n=224	4,0	38,4	39,3	18,3
Magreb	Hombre n=148	26,7	53,9	16,7	2,7
	Mujer n=86	25,3	47,2	14,9	12,6
Senegal	Hombre n=74	8,3	80,8	6,8	4,1

Tiempo de estancia

Más de la mitad de personas originarias de Senegal y Latinoamérica llevaban menos de tres años en el país de destino. Con tiempos de estancia superiores a los cinco años se encuentran el 32% de los hombres y el 52,8% de las mujeres magrebíes y el 64,8% de los hombres y el 52,3% de las mujeres de China (Gráfico 4.2).

Situación administrativa

La irregularidad administrativa fue referida en mayores proporciones en los hombres de Senegal (60,3%), seguida de las personas procedentes de Latinoamérica (el 48,6%

de los hombres y el 32,9% de las mujeres) y de las procedentes de Magreb (36,7% de los hombres y 13,8% de las mujeres). Para cada origen geográfico, la irregularidad administrativa fue mayor en los hombres (Gráfico 4.3).

Gráfico 4.2. Distribución porcentual del tiempo de estancia en el país de destino por origen geográfico y sexo, 2009.

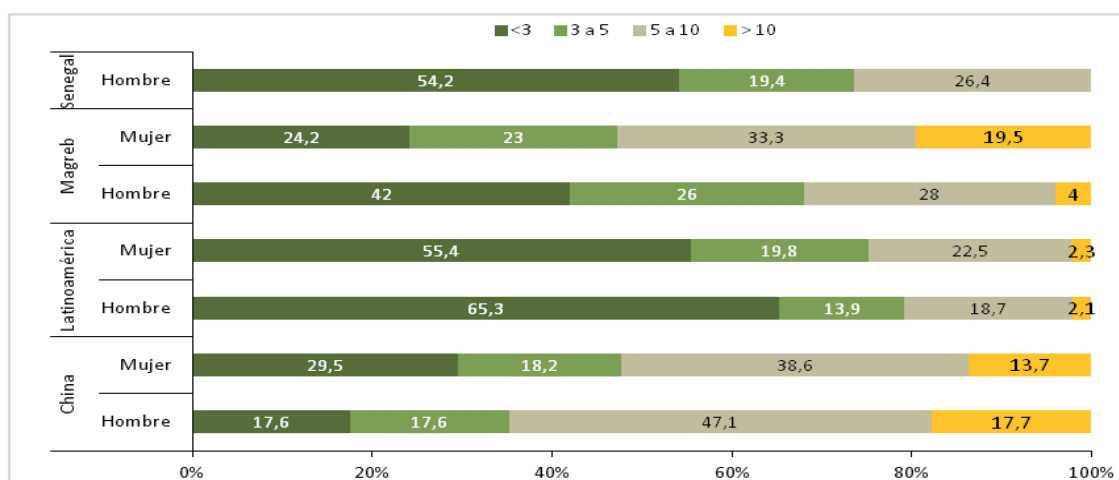
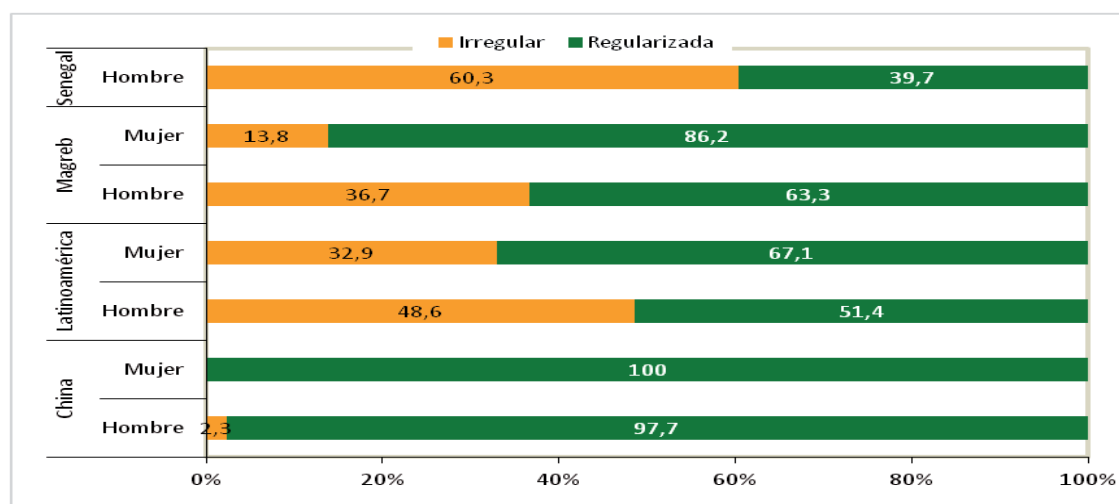


Gráfico 4.3. Distribución porcentual de la situación administrativa en el país de destino por origen geográfico y sexo, 2009.



Nivel de estudios

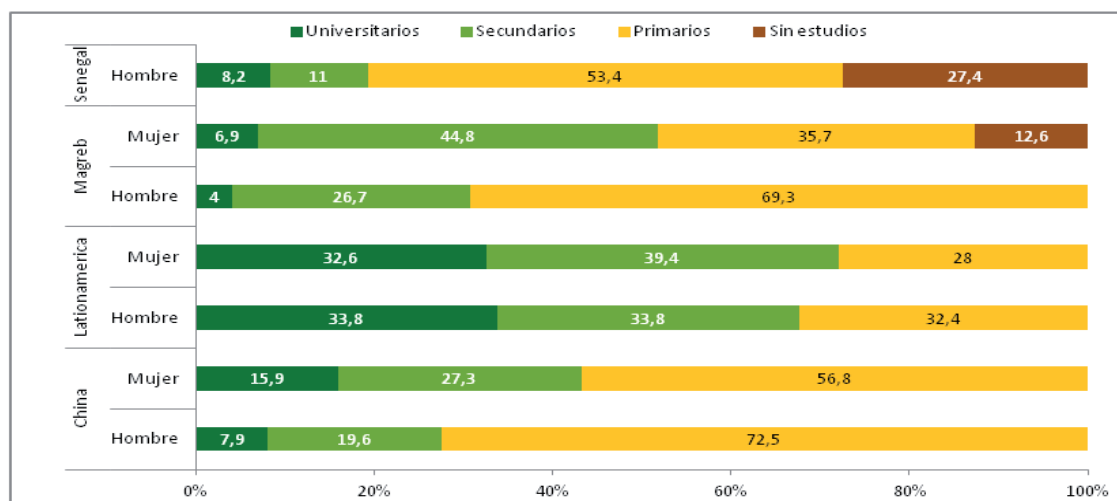
Entre las personas nacidas en China, el 73,7% de los hombres y el 58,1% de las mujeres declararon tener estudios primarios, y estudios secundarios el 20,9% y el 25,6% de los hombres y las mujeres respectivamente (Gráfico 4.4). Los estudios universitarios

fueron declarados por el 5,4% de los hombres y 16,3% de las mujeres. Entre las personas nacidas en Latinoamérica el 32,4% de los hombres y el 28% de las mujeres refirieron tener estudios primarios, porcentajes superiores al 30% en hombres y mujeres presentaban estudios secundarios y universitarios.

Entre las personas procedentes de Magreb, declararon no tener estudios el 12,6% de las mujeres. El 69,3% de los hombres y el 35,7% de las mujeres declararon tener estudios primarios, estudios secundarios el 26,7% y el 44,8% de los hombres y de las mujeres respectivamente; el 4% de los hombres y el 6,9% de las mujeres declaró tener una titulación universitaria. El 8% de las mujeres magrebíes declararon no saber leer ni escribir. Entre los hombres procedentes de Senegal refirieron no tener estudios el 27,4%, estudios primarios el 53,4% y el 11% estudios secundarios. El 8,2% de los senegaleses declararon tener titulación universitaria.

Se puede observar cómo el nivel educativo de las personas inmigrantes varió según su procedencia. El mayor porcentaje de personas sin estudios se da entre las personas originarias de África, mientras que, la mayor proporción de personas con estudios universitarios se da entre las de Latinoamérica.

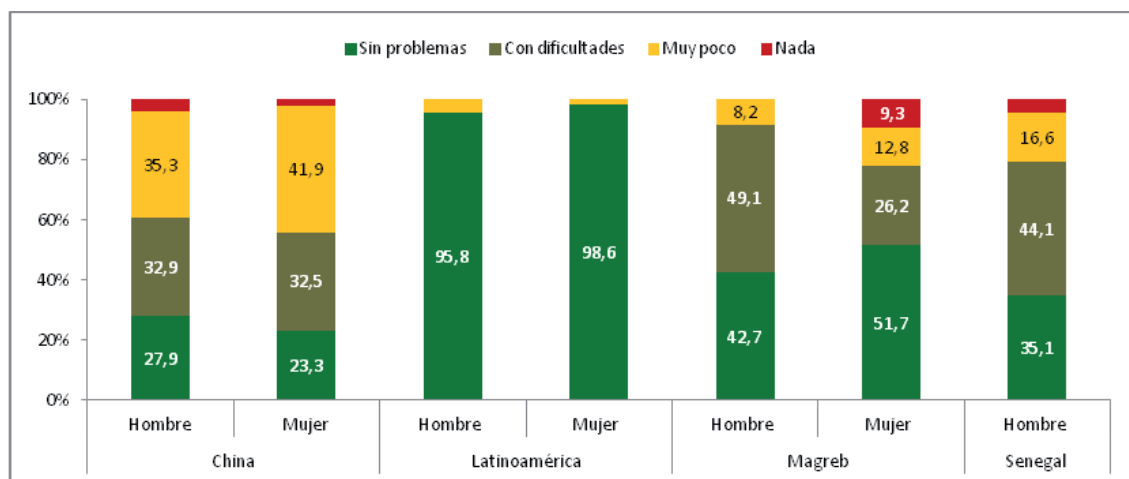
Gráfico 4.4. Distribución porcentual del nivel de estudios por origen geográfico y sexo, 2009.



Comprensión del castellano

Cerca del 25% de las personas procedentes de China y el 35,1% de los hombres nacidos en Senegal declararon entender sin problemas el castellano. Esta situación fue referida por el 42,7 % de los hombres y el 51,7% de las mujeres magrebíes. En el grupo de personas de origen latinoamericano el porcentaje de personas que refirieron tener dificultades para entender el castellano fue de 4,2% en hombres y 1,4% en mujeres (Gráfico 4.5).

Gráfico 4.5. Distribución porcentual del nivel de comprensión del castellano por origen geográfico y sexo, 2009.



Situación laboral

En relación al empleo, el 92,7% de los hombres y el 80,6% de las mujeres procedentes de China se encontraban trabajando en el momento de realización de la encuesta, situación en la que estaba el 64,4% de los hombres latinoamericanos y el 80,1% de las mujeres (Gráfico 4.6). Los porcentajes de ocupación fueron menores en los hombres africanos (Senegal y Magreb, con el 59,7% y el 48,14% respectivamente) y en las mujeres de Magreb (33,3%). Así mismo cabe destacar el bajo porcentaje de personas que declararon estar buscando su primer empleo.

En cuanto a los sectores de actividad laboral, en la que se encontraban las personas inmigrantes entrevistadas, se recogió para los hombres la construcción e industria y el comercio y hostelería. Mientras que en el caso de las mujeres los sectores que predominaron fueron el del servicio doméstico, el cuidado de personas y la hostelería. Estos sectores de inserción laboral se caracterizan por su flexibilidad y desregulación, además de ser los que presentan mayores tasas de contratación temporal (Aguledo et al., 2009a). El origen geográfico marca diferencias en los nichos de ocupación entre los hombres, la construcción e industria en los procedentes de Latinoamérica y Magreb (47,6% y 36,2%, respectivamente), y el comercio y la hostelería en los procedentes de China y Senegal (90,5% y 68,1%) (Tabla 4.2.). Entre las mujeres también se encontraron diferencias en los nichos de ocupación según origen geográfico, con el comercio y la hostelería entre las procedentes de China (73%), el servicio doméstico, el cuidado de personas y el servicio doméstico con el cuidado de personas, entre las mujeres de Latinoamérica y Magreb (63,8% y 75,5%).

Gráfico 4.6. Distribución porcentual de la situación laboral por origen geográfico y sexo, 2009.

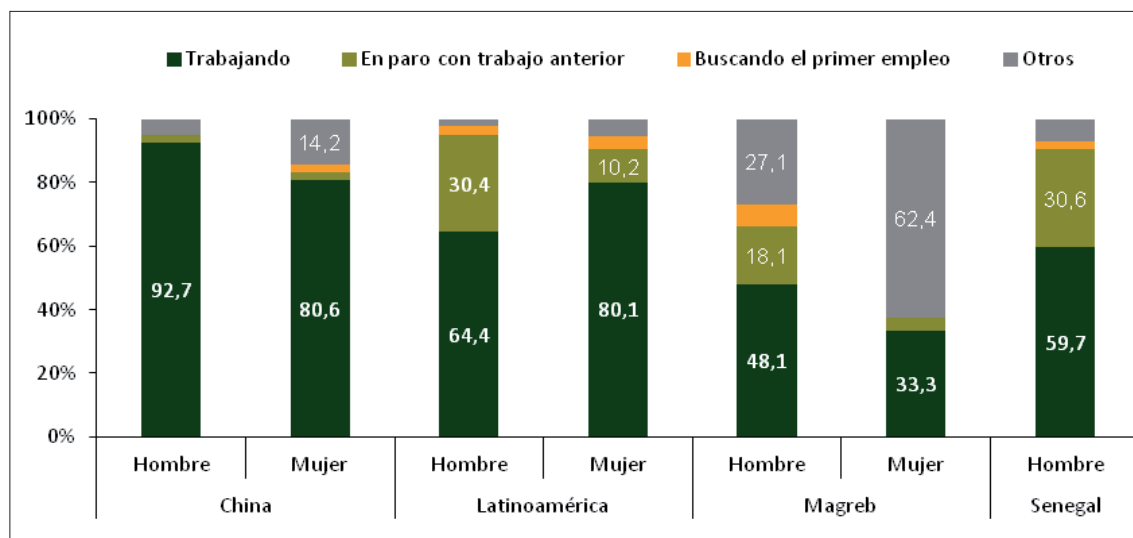


Tabla 4.2. Distribución de la actividad laboral por origen geográfico y sexo, 2009.

		Comercio y hostelería	Construcción e Industria	Transportes	Servicio domestico y cuidado de personas	Agricultura
China	Hombre n=39	90,4	4,8	4,8	0,0	0,0
	Mujer n=35	73,0	2,7	5,4	18,9	0,0
Latinoamérica	Hombre n=139	24,5	47,6	15,8	7,1	5,0
	Mujer n=213	25,8	5,2	5,2	63,8	0,0
Magreb	Hombre n=148	20,0	36,2	33,3	2,9	7,6
	Mujer n=45	22,3	2,2	0,0	75,5	0,0
Senegal	Hombre n=69	68,2	24,6	5,8	0,0	1,4

Satisfacción general en el trabajo

Las actividades laborales ocupan gran parte de la vida de las personas, y las condiciones en las que se desarrollan influyen en la salud y en el grado de satisfacción de la población trabajadora. Los mayores porcentajes referidos de satisfacción con la actividad laboral habitual entre la población ocupada (muy satisfechos y algo satisfechos) estuvieron entre los hombres procedentes de Magreb (85,3%) y Latinoamérica (82,1%). Entre las mujeres, las que declararon mayores porcentajes de satisfacción fueron las procedentes de Magreb (100%) y Latinoamérica (89,2%). Los mayores porcentajes de insatisfacción con su trabajo se encontraron entre los hombres de Senegal y las personas procedentes de China (Gráfico 4.7).

4.2. Factores psicosociales

Apoyo social

La mayor falta de apoyo social fue referida por los hombres de China (30,8%), Magreb (28,4%) y Latinoamérica (28,1%) Entre los hombres procedentes de Senegal se encontraron los menores porcentajes referidos de bajo apoyo social (10,3%) (Tabla 4.3.).

Gráfico 4.7. Distribución porcentual de la satisfacción laboral por origen geográfico y sexo, 2009.

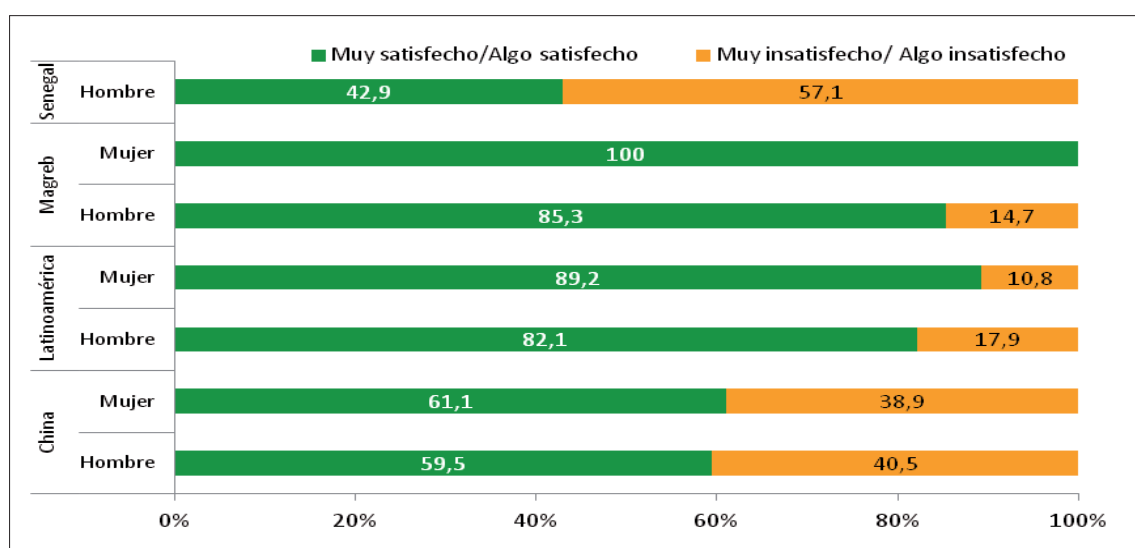


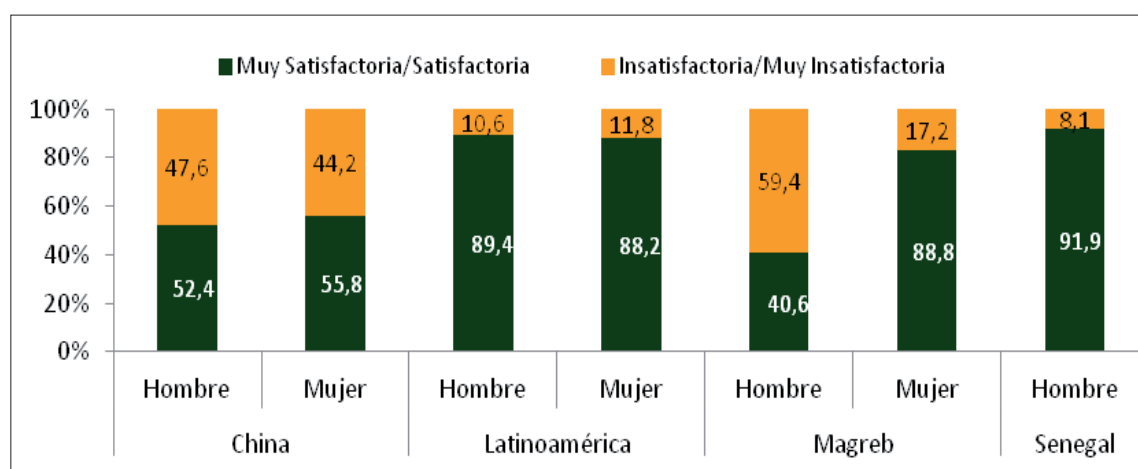
Tabla 4.3. Distribución porcentual de Apoyo Social por origen geográfico y sexo, 2009.

		Bajo	Normal
China	Hombre n=43	30,8	79,2
	Mujer n=43	24,3	75,7
Latinoamérica	Hombre n=144	28,1	71,9
	Mujer n=224	23,6	76,4
Magreb	Hombre n=148	28,4	71,6
	Mujer n=86	18,1	81,9
Senegal	Hombre n=74	10,3	89,7

Satisfacción social

El origen geográfico marcó diferencias en cuanto a la satisfacción con la vida social, así la satisfacción social fue mayor entre los hombres de Senegal (91,9%) y de Latinoamérica (89,4%), y entre las mujeres de Magreb y Latinoamérica (porcentaje que supera el 88%), mientras que fue menor en los hombres procedentes de Magreb, en los que más de la mitad manifestaba tener una vida social insatisfactoria (59,5%) (Gráfico 4.8).

Gráfico 4.8. Distribución porcentual de la satisfacción con la vida social por origen geográfico y sexo, 2009.

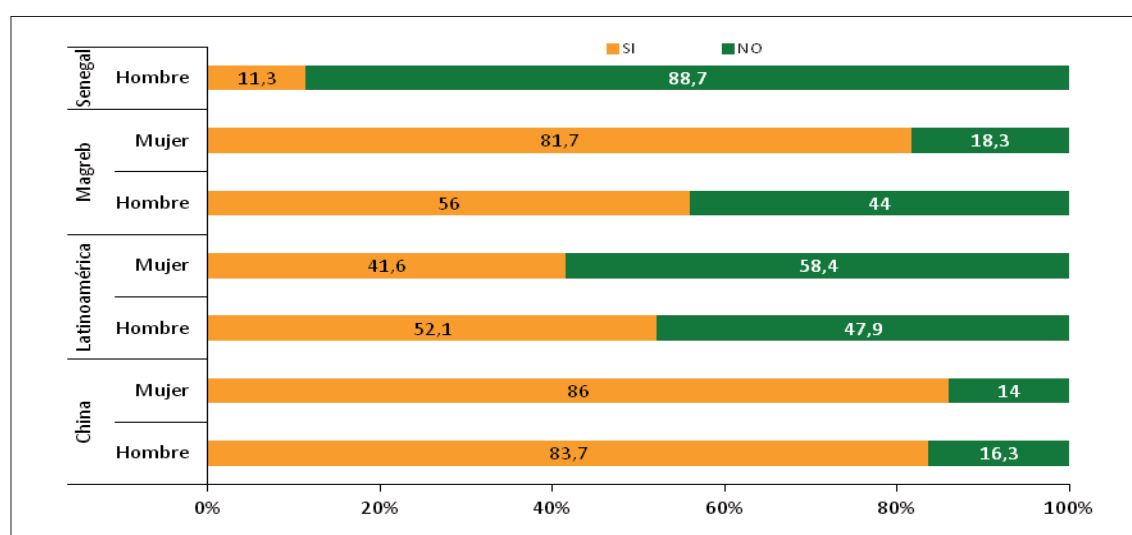


4.3. Discriminación

La discriminación hace referencia a un tratamiento despectivo hacia una persona debido a sus características o a la categoría de personas a la que pertenece (lugar de nacimiento, grupo étnico, condición social...). La discriminación perpetrada contra personas por su pertenencia a otra etnia, sean éstas inmigrantes o autóctonas, tiene consecuencias reconocidas sobre la salud (Gil-González, 2007). Las personas inmigrantes pueden ser objeto de discriminación en ámbitos como el laboral, el social, el sanitario o el educativo (Boardman, 2004; Karlsen y Nazroo, 2002).

La percepción de discriminación se refiere en altos porcentajes en todos los colectivos de personas inmigrantes, excepto en las personas de Senegal (11,3%). Los mayores porcentajes de discriminación son referidos por las personas procedentes de China (84,9%) y por las mujeres de Magreb (81,7%) (Gráfico 4.9). En la ESPICAV'09 se recogió información sobre la discriminación percibida en los diferentes espacios en los que las personas desarrollan su vida cotidiana, tanto en el ámbito laboral, como social, sanitario y educativo (Gráfico 4.10). La percepción de discriminación en el ámbito laboral fue referida por más de uno de cada cuatro hombres procedentes de Magreb, Latinoamérica y China. Las mujeres de Magreb y China percibieron en mayores proporciones que los hombres la discriminación en el espacio laboral (34%).

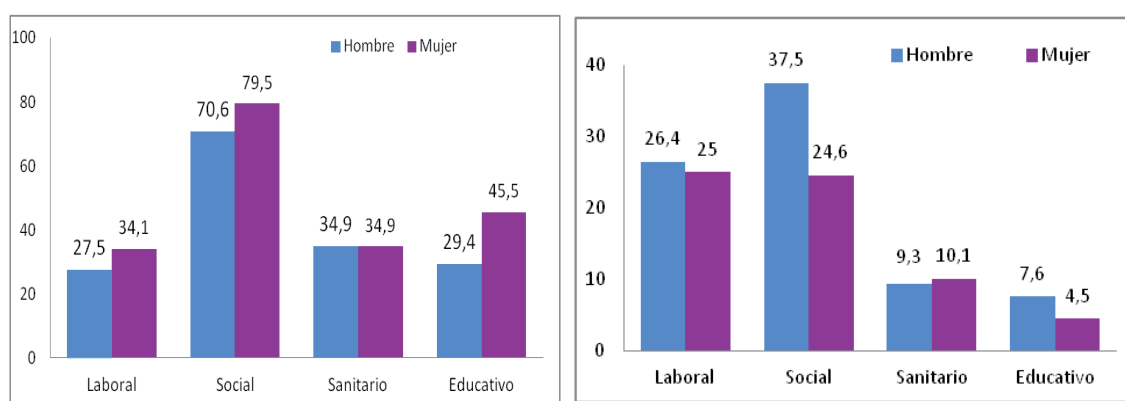
Gráfico 4.9. Distribución de la discriminación percibida por origen geográfico y sexo, 2009.



El ámbito social fue donde percibieron la discriminación una mayor proporción de inmigrantes de Magreb y China. Los sentimientos de discriminación en el ámbito sanitario

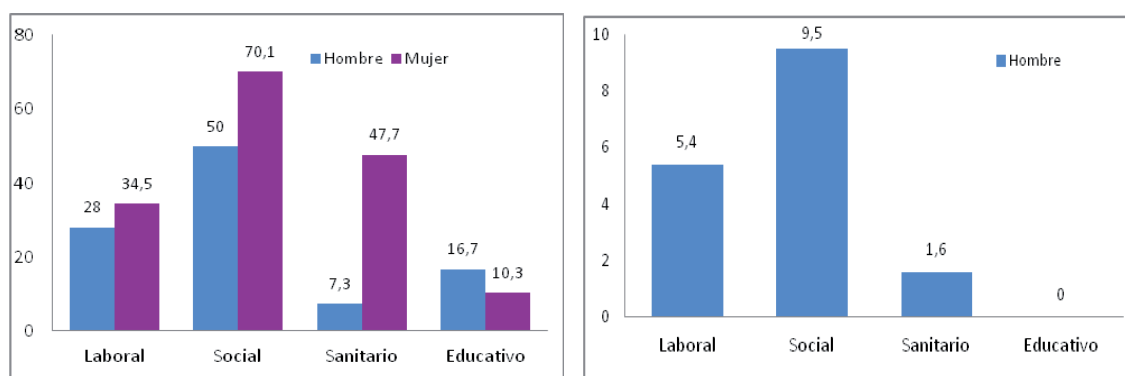
fueron referidos especialmente entre las mujeres magrebíes (47,1%) y los hombres y mujeres procedentes de China (34,9%). En general el espacio educativo fue en el que se refirieron las menores proporciones de discriminación percibida, excepto entre las personas de China (29,4% en hombres y 45,5% en mujeres). Los hombres de Senegal fueron los que refirieron percibir menor discriminación, en cualquiera de los espacios por los que fueron preguntados.

Gráfico 4.10. Distribución de discriminación percibida en los espacios sanitario, social y educativo por origen geográfico y sexo, 2009.



CHINA

LATINOAMÉRICA



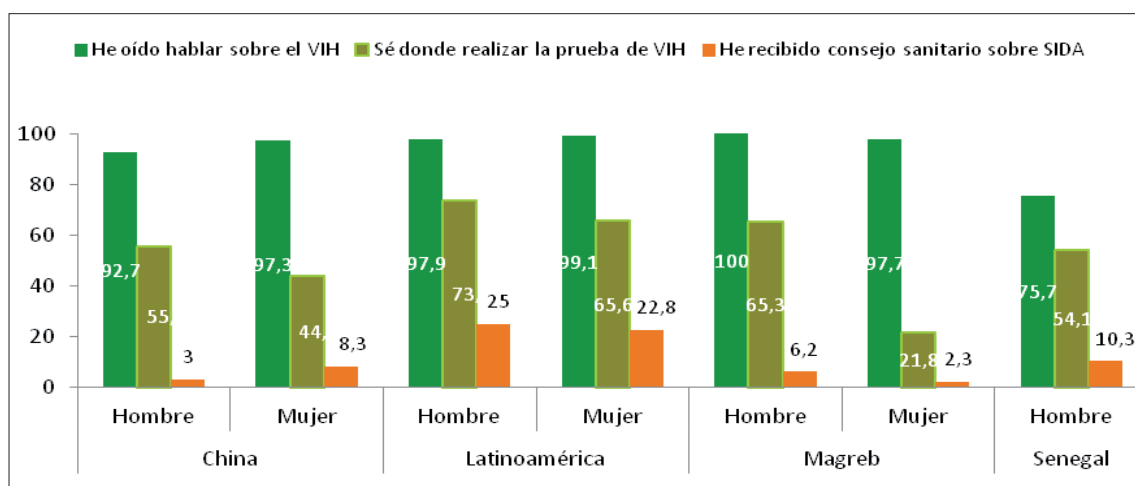
MAGREB

SENEGAL

5.4. Conocimientos sobre el VIH y las ITS

Las personas encuestadas, en general habían oído hablar sobre el VIH (Gráfico 4.11.) No se encontraron diferencias destacables en los porcentajes de personas que conocían el VIH según origen geográfico de procedencia y el sexo, excepto para los hombres procedentes de Senegal donde los porcentajes eran menores (el 75,7%). Las personas procedentes de Latinoamérica fueron las que en mayores proporciones sabían donde realizarse la prueba diagnóstica y las mujeres de China y Magreb las que lo sabían en menor proporción (44,2% y 21,8%, respectivamente).

Gráfico 4.11. Distribución de conocimientos sobre el lugar en el realizar la prueba diagnóstica, haber oído hablar sobre el VIH y Sida y haber recibido consejo sanitario sobre VIH y Sida en los servicios de Atención Primaria por origen geográfico y sexo, 2009.

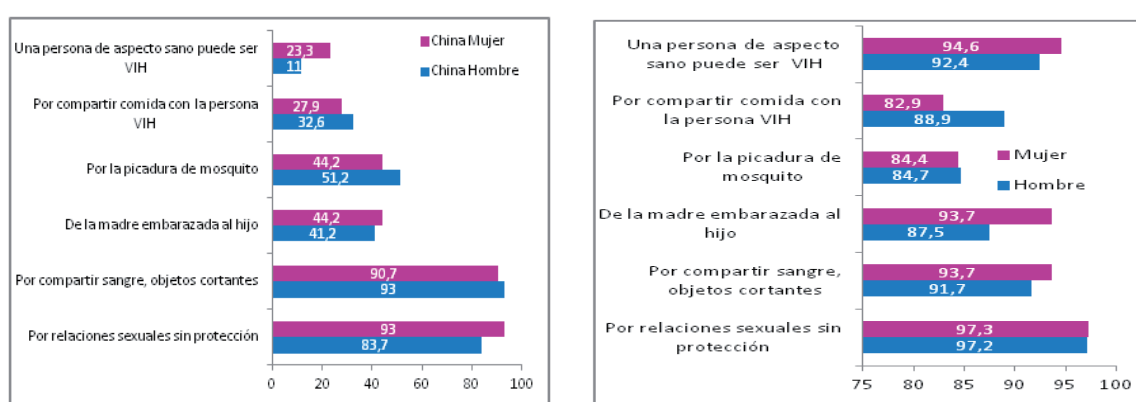


En relación al consejo sanitario sobre SIDA se encuentran diferencias por origen geográfico y sexo. La proporción de personas que recibieron este consejo fue bajo, especialmente entre las personas procedentes de China (3% en hombres y 8,3% en mujeres) y de Magreb (6,2% en hombres y 2,3% en mujeres). Algo superiores son los porcentajes de personas de Latinoamérica y Senegal que recibieron consejo sanitario (el 25% de los hombres y el 22,8 % de mujeres de Latinoamérica, y el 10,3% de hombres de Senegal).

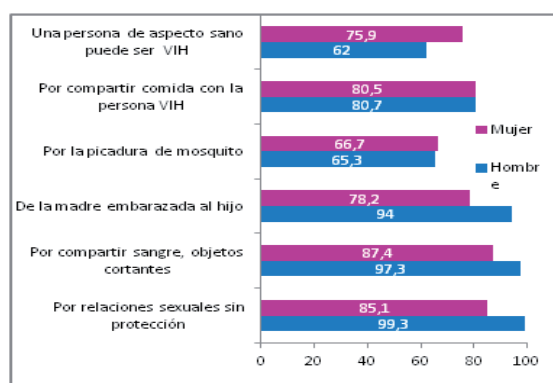
Los conocimientos sobre las vías de transmisión en las personas entrevistadas (Gráfico 4.12.), fueron elevados para la adquisición de la infección por relaciones sexuales sin protección y por compartir sangre u objetos cortantes, con menores porcentajes de conocimiento entre los hombres de Senegal (74,3%). Se apreciaron errores frecuentes en la adquisición de la infección por picaduras entre las personas procedentes de China

y en los hombres africanos. En cuanto a la transmisión materno-infantil el 57% de las personas procedentes de China y el 30% de los hombres de Senegal desconoce esta vía de transmisión. En general las personas inmigrantes conocen que el VIH no se transmite por compartir comida con la persona seropositiva, excepto entre las personas procedentes de China y las de Senegal que lo identifican erróneamente como vía de transmisión en el 70% y el 43,2% respectivamente.

Gráfico 4.12. Distribución de los conocimientos sobre la transmisión del VIH por origen geográfico y sexo, 2009.

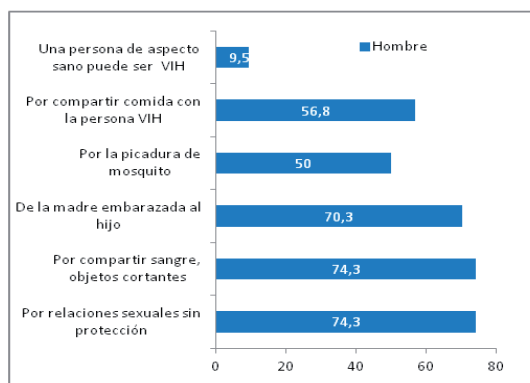


CHINA



MAGREB

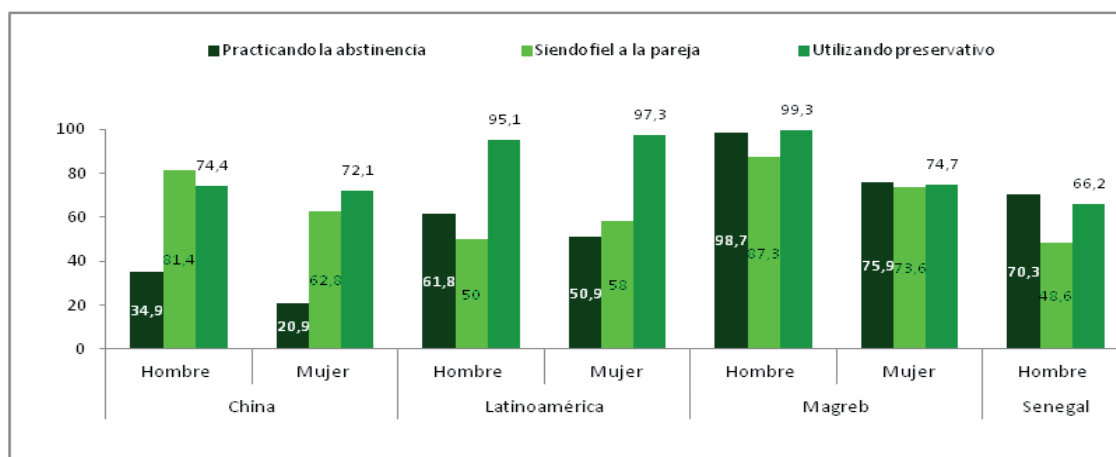
LATINOAMÉRICA



SENEGAL

En el gráfico 4.13 se recogen los conocimientos de la población inmigrante en cuanto a las estrategias de prevención del VIH. Entre las personas procedentes de China se valoraron como principales prácticas preventivas la fidelidad a la pareja (81,4% en los hombres y 62,8% en las mujeres) y la utilización del preservativo (74,4% en los hombres y 72,1% en las mujeres) y en menor medida la práctica de la abstinencia (34,9% en los hombres y 20,9% en las mujeres). Entre las personas procedentes de Latinoamérica el preservativo es escogido como principal estrategia de prevención del VIH (más del 95% en hombres y mujeres) y en menores proporciones la práctica de la abstinencia y la fidelidad como métodos preventivos. Entre las personas procedentes de Magreb se aprecian diferencias en función del sexo, mientras que los hombres valoran como principal práctica preventiva la utilización del preservativo y la práctica de la abstinencia (99,3% y 98,7% respectivamente), las mujeres escogen estos métodos en menores proporciones (74,7% y 73,6%, respectivamente). En cuanto a los hombres procedentes de Senegal, el 70,3% escoge la práctica de la abstinencia como principal método de prevención del VIH, seguido de la utilización de preservativo (66,2%) y la fidelidad a la pareja (48,6%).

Gráfico 4.13. Distribución de los conocimientos sobre la prevención del VIH por origen geográfico y sexo, 2009.



El conocimiento sobre las ITS varió con el lugar de procedencia de las personas. Así, el menor conocimiento se encontró entre las personas de Magreb (el 60% de los hombres y el 64,4% de las mujeres) y en los hombres de Senegal (37,8%). Las personas de Latinoamérica son las que presentaron un mayor conocimiento sobre las ITS (el 94,4% de los hombres y el 97,8% de las mujeres). El 72,1% de los hombres y el 74,4% de las mujeres procedentes de China habían oído hablar de las ITS.

Entre las personas encuestadas se encuentran diferencias por origen geográfico y sexo en la utilización del preservativo. Los hombres de Senegal y las mujeres de Magreb declararon en menor proporción su utilización (14,6% y 21,2% respectivamente). Los hombres declararon usarlo más que las mujeres.

Haber tenido en el último año alguna infección por contacto sexual fue referido por el 3,6% de las personas procedentes de Latinoamérica. El 5,1% de los hombres y el 2,4% de las mujeres procedentes de China declararon antecedentes de infecciones de transmisión sexual, al igual que el 1,3% de los hombres procedentes de Magreb (Tabla 4.4.).

Tabla 4.4. Distribución sobre la utilización del preservativo en la última relación y la declaración de ITS en el último año, por origen geográfico y sexo, 2009.

		He utilizado preservativo en mi última relación	He tenido alguna ITS en el último año
China	Hombre n=43	80,6	5,1
	Mujer n=43	69,4	2,4
Latinoamérica	Hombre n=144	76,9	3,6
	Mujer n=224	73,1	3,6
Magreb	Hombre n=148	68,8	1,3
	Mujer n=86	21,2	0,0
Senegal	Hombre n=74	14,6	0,0

En cuanto a la distribución porcentual del número de parejas en el último año, se aprecian diferencias por origen geográfico y sexo. Son los hombres quienes en mayores proporciones refieren tener más de una pareja sexual, especialmente entre las personas procedentes de Latinoamérica, dónde más del 50% de los hombres tenían varias parejas sexuales frente al 20% de las mujeres. Entre las personas de Magreb un 28% de los hombres refieren haber tenido varias parejas en el último año. El 38% de hombres y mujeres refieren no haber tenido ninguna pareja sexual (38,8%).

Entre las personas procedentes de China, la mayor parte de las personas, tanto hombres como mujeres, refieren haber tenido una única pareja en el último año. Entre los hombres senegaleses, más del 50% afirma no haber tenido pareja sexual en el último año, el 41,3% expresó haber tenido una pareja y más de una el 6,5% (Tabla 4.5.).

Tabla 4.5. Distribución porcentual del número de parejas en el último año por origen geográfico y sexo, 2009.

		0	1	>1
China	Hombre n=43	5,4	64,9	29,7
	Mujer n=43	10,8	70,3	18,9
Latinoamérica	Hombre n=144	3,0	46,2	50,8
	Mujer n=224	12,2	67,9	19,9
Magreb	Hombre n=148	38,7	33,1	28,2
	Mujer n=86	38,8	61,2	0,0
Senegal	Hombre n=74	52,2	41,3	6,5

4.5. Estado de salud

Autovaloración de la salud

Existen diferencias en el estado de salud percibido según el lugar de procedencia y el sexo de las personas (Gráfico 4.14.). Fueron las personas procedentes de Latinoamérica las que refirieron mejor salud percibida. Las diferencias en el estado de salud, según el sexo, fueron mayores entre las personas de Magreb, donde el 7,3% de los hombres y el 55,8% de las mujeres declararon mala salud (regular/mala). Estas diferencias fueron menores en el resto de los orígenes. El 28,8% de los hombres de Senegal declaró mal estado de salud percibido.

Problemas crónicos

A partir de las respuestas de las personas participantes sobre sus problemas de salud crónicos se ha obtenido la medida de la morbilidad crónica percibida por las personas de los diferentes orígenes estudiadas. Se puede observar (Gráfico 4.15.) que los problemas crónicos declarados fueron mayores entre las personas procedentes de China (44,2%), seguido de las mujeres de origen magrebí (41,4%) y de los hombres de Senegal (39,2%). Entre los hombres de origen latinoamericano y magrebí se encuentran los menores porcentajes de problemas crónicos declarados. En general, hubo una mayor declaración de problemas crónicos entre las mujeres.

Grafico 4.14. Distribución porcentual de la autovaloración de la salud por origen geográfico y sexo, 2009.

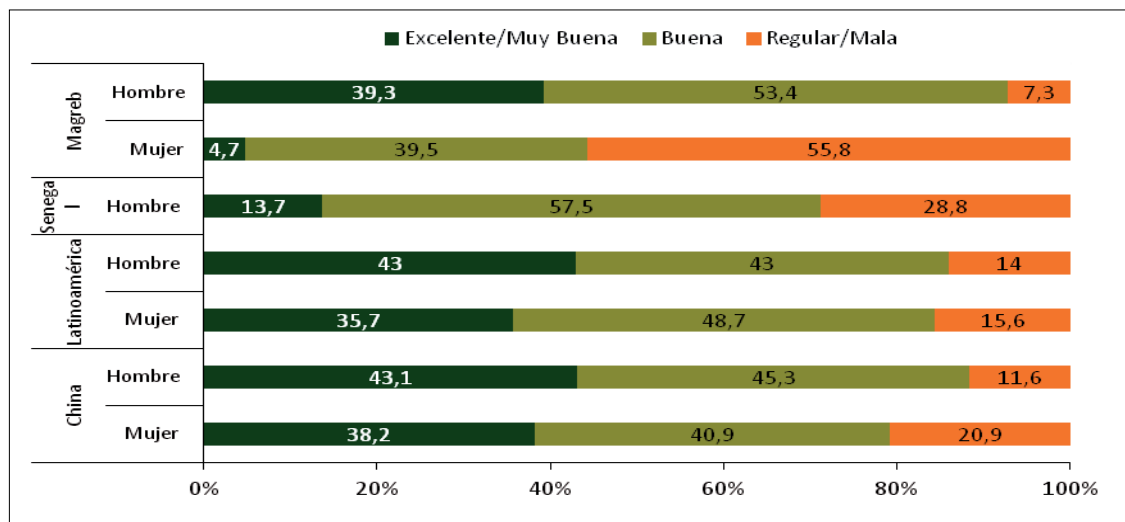
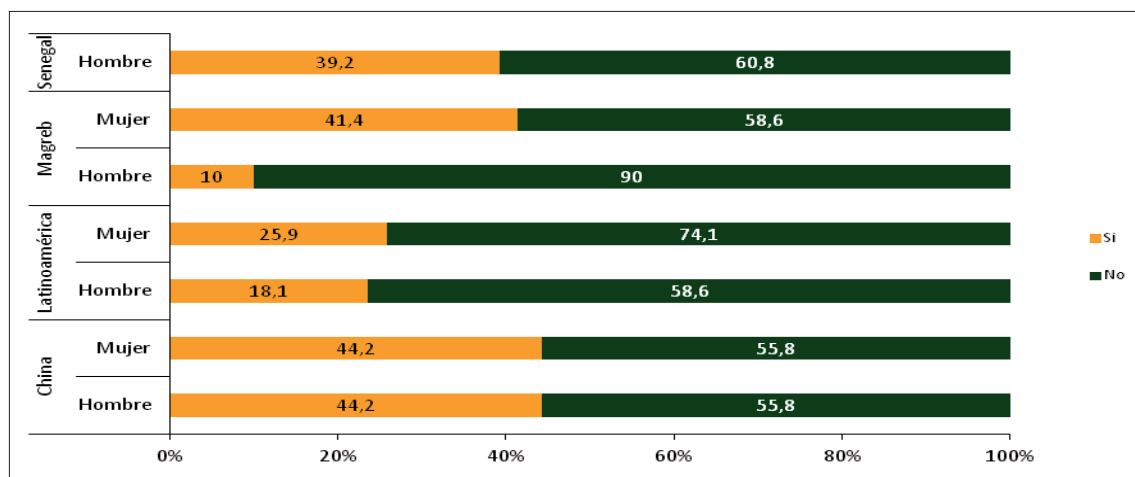


Gráfico 4.15. Distribución porcentual de la presencia de problemas crónicos por origen geográfico y sexo, 2009.



Los problemas de salud crónicos más frecuentes variaron según el colectivo de referencia, siendo los osteomusculares los más referidos entre las personas de China, y en mujeres latinoamericanas. Mientras que los problemas digestivos, cardiovasculares y respiratorios fueron los más frecuentes entre los hombres procedentes de Senegal.

Salud mental

Los porcentajes mayores de ansiedad/depresión se encontraron entre las personas de origen magrebí (9,3% en las mujeres y 7,4% en los hombres) y las mujeres procedentes de China (7%). Mientras que no se encuentran síntomas de ansiedad/depresión entre los hombres asiáticos y senegaleses (Tabla 4.6).

Tabla 4.6. Distribución porcentual de los síntomas de ansiedad/depresión (MHI-5), por origen geográfico y sexo, 2009.

		<i>Si Síntomas Ansiedad/Depresión</i>
China	Hombre n=43	0,0
	Mujer n=43	7,0
Latinoamérica	Hombre n=144	2,8
	Mujer n=224	5,4
Magreb	Hombre n=148	7,4
	Mujer n=86	9,3
Senegal	Hombre n=74	0

4.6. Uso de servicios de salud

Consultas en Atención Primaria

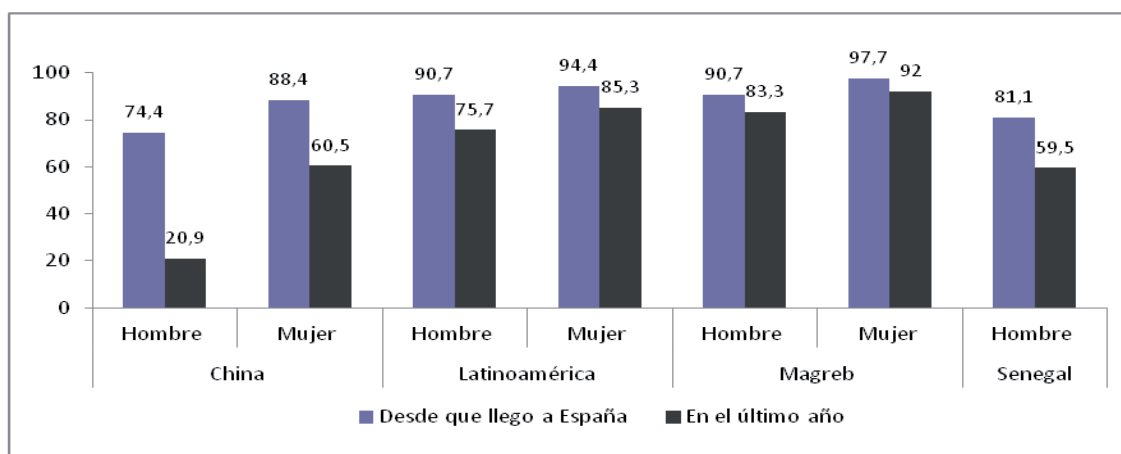
Entre la población encuestada más del 90% refirió disponer de la Tarjeta Individual Sanitaria (TIS). Entre los hombres procedentes de Senegal, un 5,4% en el momento de la entrevista no disponía de TIS, y por lo tanto su acceso al sistema de salud queda restringido a los servicios de urgencia hospitalaria. En la misma situación refirieron encontrarse el 3,4% de las personas procedentes de Magreb y alrededor de un 2% de las personas del resto de los orígenes.

La utilización de la Atención Primaria desde la llegada a España de las personas inmigrantes ha mostrado resultados diversos según el origen geográfico y sexo de las personas. Más del 90% de las personas inmigrantes encuestadas procedentes de Magreb y Latinoamérica utilizó la consulta de Atención Primaria desde su llegada a

España y alrededor del 81% en el caso de las personas de China y Senegal. Se recoge una mayor utilización de la Atención Primaria entre las mujeres en todos los grupos de inmigrantes estudiados

En el último año, alrededor del 60% de los hombres procedentes de Senegal y China, así como el 21% de las mujeres de esta procedencia, utilizaron los servicios de Atención Primaria. Los porcentajes de utilización fueron mayores entre las personas procedentes de Magreb y Latinoamérica (87,6% y 80,5%, respectivamente). Las mujeres refirieron una mayor utilización de los servicios de salud en todos los colectivos estudiados (Gráfico 4.16.).

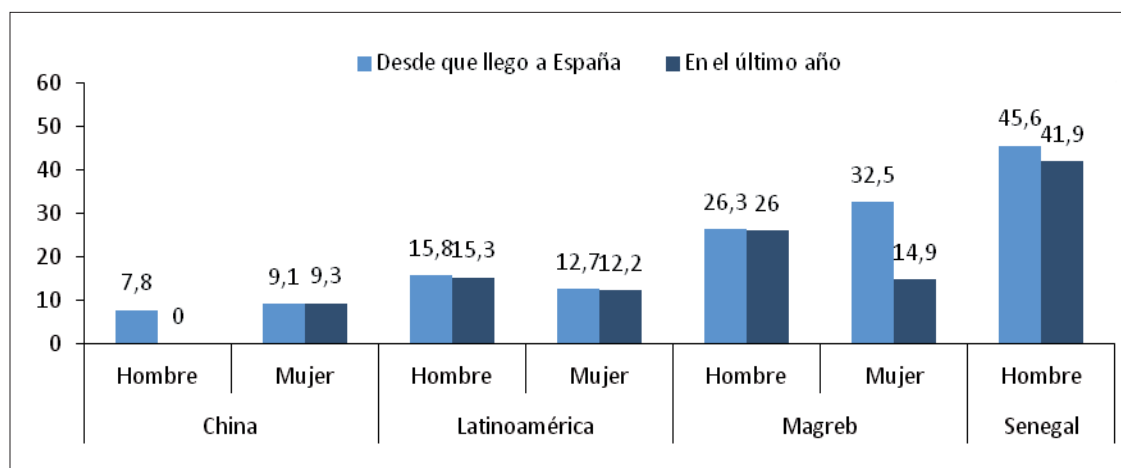
Gráfico 4.16. Distribución de la utilización de la Atención Primaria por origen geográfico y sexo, 2009.



Consulta de Urgencias Hospitalarias

La utilización de los servicios de atención urgente varió según el origen geográfico de procedencia de las personas. Desde su llegada a España el 45,6% de los varones senegaleses y el 29,4% de las personas de Magreb había utilizado los servicios de atención urgente (Gráfico 4.17). Esta utilización fue referida en menores proporciones por el resto de las personas de los diferentes orígenes. Se observa una mayor utilización de la atención urgente por parte de las mujeres desde la llegada a España. Se registran porcentajes bajos de utilización de la Urgencia Hospitalaria durante el último año en las personas inmigrantes, excepto en el caso de los hombres africanos (42% en los hombres senegaleses y 26% en los procedentes de Magreb).

Gráfico 4.17. Distribución de la utilización de la Urgencia Hospitalaria por origen geográfico y sexo, 2009.



4.7. Factores asociados al estado de salud, a los conocimientos inadecuados sobre el VIH y el lugar en el que realizar la prueba diagnóstica y al uso de los servicios de salud

Como ya se comentó en el inicio de este capítulo, en este apartado se detallan en primer lugar los resultados obtenidos de los análisis bivariantes entre las variables explicativas utilizadas y el origen geográfico y el sexo dentro de cada origen geográfico. A continuación se describen los factores que se han visto asociados al estado de salud, los conocimientos inadecuados sobre el VIH y el lugar en el que realizar la prueba diagnóstica y finalmente los factores asociados al uso de los servicios de salud mediante análisis de regresión logística bivalente y multivalente.

Los datos sociodemográficos de la muestra analizada se recogen en la Tabla 4.7. De las 765 personas inmigrantes entrevistadas: 237 de Magreb (63% hombres y 37% mujeres), 74 hombres de Senegal, 368 de Latinoamérica (39% hombres y 61% mujeres) y 86 de China (50% hombres y 50% mujeres). En cuanto a la edad, destaca la presencia de población joven, especialmente entre las personas procedentes de África, en su mayoría entre los 25 y 34 años. La mayor antigüedad migratoria se observa entre las mujeres procedentes de Magreb y las personas procedentes de China. La mayoría de las personas inmigrantes chinas se encuentran en situación administrativa regular (con permiso de residencia y/o permiso de trabajo o nacionalidad) mientras que los mayores porcentajes de irregularidad administrativa están entre los hombres de Senegal y de Latinoamérica (60,3% y 48,6% respectivamente).

Tabla 4.7. Distribución de las características sociodemográficas por origen geográfico y sexo.

	<i>China</i>		<i>Latinoamérica</i>		<i>Magreb</i>		<i>Senegal</i>
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
Edad^b	**				*		
17-24	16,7	21,4	13,9	4,0	26,7	25,3	8,2
25-34	31,0	33,3	48,3	38,4	54,0	47,1	80,8
35-44	28,6	35,7	27,3	39,3	16,7	14,9	6,8
45-64	23,7	9,6	10,5	18,3	2,6	12,6	4,2
Tiempo de estancia (en años)^b	**						
<1	0,0	4,7	11,8	14,9	8,0	6,9	11,1
1-3	16,3	25,5	53,5	40,5	34,0	17,2	43,1
3-5	16,3	16,3	13,9	19,8	26,0	23,0	19,4
5-11	48,8	39,5	18,8	22,5	28,0	33,3	26,4
>11	18,6	14,0	2,1	2,3	4,0	19,5	0,0
Situación administrativa^b	**				**		
Regularizada	97,7	100	51,4	67,1	63,3	86,2	39,7
Irregular	2,3	0,0	48,6	32,9	36,7	13,8	60,3
Estudios^b	*						
Primarios/sin estudios	76,8	58,1	32,4	28,0	69,3	48,3	80,8
Secundarios	20,9	25,6	33,8	39,4	26,7	44,8	11,0
Universitarios	2,3	16,3	33,8	32,6	4,0	6,9	8,2
Entiende castellano^b	**						
Nada/Muy poco/	39,5	45,3	0,0	0,0	8,2	22,1	20,8
Con dificultades	32,6	31,0	1,6		45,5	25,6	43,1
Sin problemas	27,9	23,7	98,4	100,0	46,3	52,3	36,1
Situación laboral^b	**				**		
Trabajando	92,7	80,6	64,4	80,1	48,1	63,1	59,7
Desempleado (trabajo anterior)	2,4	2,8	30,4	10,2	20,6	4,3	30,6
Buscando primer el empleo	0,0	2,8	3,0	4,2	7,6	0,0	2,8
Estudiante	2,5	0,0	2,2	0,9	23,7	4,3	6,9
Labores del Hogar	2,4	13,8	0,0	4,6	0,0	28,3	0,0
	n=43	n=43	n=144	n=224	n=150	n=87	n=74

Test χ^2 ^a p<0.05 ^b p<0.01 (diferencias entre los grupos de inmigrantes)

*p<0,05 ** p<0,01(diferencias por sexo en cada grupo inmigrante)

Los estudios universitarios son más frecuentes entre las personas procedentes de Latinoamérica (el 33,8% de los hombres y el 32,6% de las mujeres), y los primarios junto con no saber leer ni escribir entre los hombres procedentes de China, Senegal y Magreb (94,6%, 80,8% y 69,3%, respectivamente), además un 8% de las mujeres de Magreb no saben leer ni escribir. Las dificultades en el manejo del castellano son mayores en las personas procedentes de China, aunque en todos los orígenes las dificultades con el castellano superan el 50%, excepto en las de Latinoamérica que la mayoría comparten el idioma con la sociedad de acogida. Para la situación laboral, se observa que los porcentajes de ocupación, en el momento de la realización de la encuesta o con anterioridad, son altos en todos los grupos de inmigrantes estudiados. Las mujeres procedentes de Magreb y China son las que refieren mayores porcentajes de ocuparse en las labores del hogar.

Las diferencias fueron estadísticamente significativas para todas las variables estudiadas según el lugar de nacimiento y entre los hombres y las mujeres de Magreb. En el resto de los orígenes geográficos, solo se encontraron diferencias significativas entre los hombres y mujeres de Latinoamérica en la edad, en la situación administrativa y laboral.

Los datos de salud y de utilización de servicios sanitarios de la muestra analizada se muestran en la Tabla 4.8. En cuanto a las variables relacionadas con el estado de salud percibido, se puede ver que la proporción de buena salud autovalorada (excelente/ muy buena/buena) es alta en los hombres, excepto para los procedentes de Senegal. Son las mujeres las que refieren un peor estado de salud (regular/mala), especialmente las mujeres procedentes de Magreb, donde más de la mitad declara mala salud (55,8%).

Para el apoyo social se observan diferencias según el sexo en los diferentes grupos de inmigrantes estudiados. El bajo apoyo social es declarado en mayores porcentajes entre los hombres. Si tenemos en cuenta la discriminación percibida, se observa que más del 80% de las personas entrevistadas procedentes de China y de las mujeres procedentes del Magreb declaran haber percibido discriminación en alguno de los espacios en los que se desenvuelve su vida cotidiana que incluye el ámbito laboral, el social, el educativo y el sanitario. Asimismo, declaran percibir discriminación más de la mitad de los hombres originarios de Latinoamérica y Magreb. La percepción de discriminación en los servicios de salud fue referida de manera diferente según el origen geográfico y el sexo. Las personas procedentes de China (34,9%) y las mujeres procedentes de Magreb (47,7%) refirieron mayores porcentajes de discriminación en los servicios de salud, mientras que los hombres de Senegal fueron los que declararon menor percepción de discriminación (1,6%). Las diferencias son estadísticamente significativas, según el origen geográfico, en las variables de estado de salud percibido, de apoyo social y de discriminación. Estas diferencias también están entre los hombres y las mujeres de Magreb y Latinoamérica para las variables de discriminación.

Más del 95% de las personas entrevistadas refiere tener Tarjeta Sanitaria. En todos los grupos la utilización, en el último año, de los servicios de Atención Primaria es

mayor entre las mujeres. La menor utilización de este servicio de salud se dio entre los hombres procedentes de China (20,9%). En el último año la utilización de las urgencias hospitalarias fue referida en mayores proporciones por los hombres procedentes de Senegal y en menores por los hombres de China. Las diferencias son estadísticamente significativas, según el origen en las variables de los servicios de salud y entre los hombres y las mujeres de China. En el resto de los orígenes geográficos, solo se encontraron diferencias significativas entre los hombres y mujeres de Latinoamérica en la utilización de los servicios de Atención Primaria y entre los hombres y mujeres de Magreb en la utilización de las urgencias hospitalarias.

Tabla 4.8. Distribución de las variables de salud y de servicios sanitarios según origen geográfico y sexo.

	<i>China</i>		<i>Latinoamérica</i>		<i>Magreb</i>		<i>Senegal</i>
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
Valoración de la salud^b							
Excelente/muy buena/ buena	88,4	79,1	85,9	84,4	92,7	44,2	71,2
Regular/Mala	11,6	20,9	14,1	15,6	7,3	55,8	28,8
Apoyo social^b							
Normal	79,5	89,5	85,9	84,7	78,4	86,7	89,7
Bajo	20,5	10,5	14,1	15,3	21,6	13,3	10,5
He percibido discriminación^b	83,7	86,0	52,1 *	41,6	56,0 **	81,7	11,3
He percibido discriminación en los servicios de salud^b	34,9	34,9	9,3	10,1	7,3 **	47,7	1,6
He utilizado desde mi llegada la Atención Primaria^b	74,4 **	88,4	90,7 *	94,6	90,7 **	97,7	81,1
Tengo tarjeta sanitaria	99,7	99,7	97,2	99,1	96,7	96,5	94,6
He utilizado la Atención Primaria (último año)^b	20,9 **	60,5	75,7 *	85,3	83,3	92,0	59,5
He utilizado las Urgencias Hospitalarias (último año)^b	0,0 *	9,3	15,3	12,1	26,0 *	14,9	41,9
	n=43	n=43	n=144	n=224	n=150	n=87	n=74

Test χ^2

^a p<0.05 ^b p<0.01 (diferencias entre los grupos de inmigrantes)

*p<0,05 ** p<0,01 (diferencias por sexo en cada grupo inmigrante)

La distribución de las variables de conocimientos sobre el VIH y de salud sexual según el origen geográfico y sexo se recoge en la tabla 4.9. Las personas entrevistadas en general habían oído hablar del VIH, con la excepción de los de Senegal donde cerca del 25% declaró no haber oído hablar del VIH. Habían oído hablar de las ITS prácticamente el total de las personas procedentes de Latinoamérica, mientras que en el resto de los orígenes de las ITS esto fue referido en menores proporciones.

El conocimiento sobre las vías de transmisión del VIH se reveló bastante inadecuado, especialmente entre las personas de Senegal y China. En todos los grupos de inmigrantes estudiados se conocían mejor las vías de transmisión para la adquisición de la infección por relaciones sexuales sin protección y por compartir sangre u objetos cortantes. La transmisión materno-fetal fue identificada por menos de la mitad de las personas procedentes de China. Los errores sobre la transmisión del VIH por la picadura del mosquito o por compartir comida con la persona que vive con VIH fueron más frecuentes entre las personas inmigrantes de Senegal y de China. La idea errónea de que una persona de aspecto sano no puede estar viviendo con VIH y Sida fue referida por el 90,5% de los hombres procedentes de Senegal y por más del 80% de las personas inmigrantes procedentes de China.

La mayor proporción de respuestas correctas en relación a los métodos de prevención de la infección se encontró entre los hombres de Magreb. La utilización del preservativo como medida de prevención del VIH fue identificada en menor medida entre las mujeres de Magreb, los hombres de Senegal y los hombres y mujeres de China. Se apreciaron también diferencias por origen geográfico sobre el conocimiento del lugar en el que realizar la prueba para el diagnóstico del VIH, siendo las mujeres procedentes de Magreb quienes más desconocían esta información. Las diferencias son estadísticamente significativas, según el origen geográfico, en la variable de las ITS y en las de conocimientos sobre la prevención, la transmisión y el lugar en el que realizar la prueba diagnóstica del VIH. Estas diferencias también están presentes entre los hombres y las mujeres de Magreb, en casi todas las variables, y en la abstinencia y la transmisión materno-fetal entre los hombres y mujeres de Latinoamérica.

Respecto a la conducta sexual de los encuestados, cerca del 90% de las personas de Latinoamérica y de China declararon haber tenido al menos una pareja sexual en los últimos 12 meses, mientras que los porcentajes fueron menores entre las personas de África. Los porcentajes más bajos de utilización del preservativo en la última relación sexual fueron referidos por los hombres de Senegal y las mujeres de Magreb. Fueron pocas las personas que declararon antecedentes de ITS en el último año: el 3,6% en las personas latinoamericanas, el 5,1% de los hombres, el 2,4% de las mujeres de China y el 1,3% de los hombres de Magreb declararon antecedentes de ITS. En las variables de salud sexual las diferencias son significativas según el origen geográfico. Las mismas diferencias están entre los hombres y las mujeres de Magreb y solo en el número de parejas sexuales entre los hombres y mujeres de Latinoamérica.

Tabla 4.9. Distribución de las variables de conocimientos del VIH, del lugar en el que realizar la prueba diagnóstica y de salud sexual según origen geográfico y sexo.

	China		Latinoamérica		Magreb		Senegal	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
He oído hablar sobre el VIH^b	92,7	97,3	97,9	99,1	100,0	97,7	75,7	
He oído hablar sobre las ITS^b	72,1	7,4	99,4	97,8	60,0	64,4	37,8	
Conocimientos inadecuados sobre transmisión del VIH								
Por relaciones sexuales sin protección	16,3	7,0	2,8	2,7	0,7	**	14,9	25,7
Por compartir sangre, objetos cortantes ^b	7,0	9,3	8,3	6,3	2,7	**	12,6	25,7
De la madre embarazada al hijo ^b	58,8	55,8	12,5	*	6,3	6,0	**	21,8
Por la picadura de mosquito ^b	48,8	55,8	15,3	15,6	34,7		33,3	50,0
Por compartir comida con la persona VIH ^b	67,4	72,1	11,1	17,1	19,3		19,5	43,2
Una persona de aspecto sano no puede ser VIH ^b	88,4	76,7	7,6	5,4	38,0	*	24,1	90,5
<i>Variable resumen de conocimientos inadecuados sobre transmisión^b</i>	97,7	93,0	32,6	33,9	61,3		54,0	94,6
Conocimientos inadecuados sobre la prevención del VIH								
Practicando la abstinencia ^b	65,1	79,1	38,2	*	49,1	1,3	**	24,1
Siendo fiel a la pareja ^b	18,6	37,2	50,0	42,0	12,7	**	26,4	51,4
Utilizando preservativo ^b	25,6	27,9	4,9	2,7	0,7	**	25,3	33,8
<i>Variable resumen de conocimientos inadecuados sobre prevención^b</i>	69,8	81,4	65,3	69,2	13,3	**	39,1	51,4
No sé dónde realizar la prueba del VIH^b	44,2	55,8	26,4	34,4	34,7		78,2	45,9
Número de parejas sexuales (Último año)^b				**		**		
0	5,4	10,8	3,0	12,2	38,7		38,8	52,2
1	64,9	70,3	46,2	67,9	33,1		61,2	41,3
>1	29,7	18,9	50,8	19,9	28,2		0,0	6,5
He utilizado preservativo en la última relación sexual^b	80,6	69,4	76,9	73,1	68,8	**	21,2	14,6
He sido diagnosticado de una ITS (último año)	5,1	2,4	3,6	3,6	1,3		0,0	1,3
He recibido consejo sanitaria sobre el SIDA^b	3,0	8,3	25,0	22,8	6,2		2,3	10,3
	n=43	n=43	n=144	n=224	n=150		n=87	n=74

Test χ^2 ^a p<0.05 ^b p<0.01 (diferencias entre los grupos de inmigrantes)

*p<0,05 ** p<0,01(diferencias por sexo en cada grupo inmigrante)

Haber recibido consejo sanitario sobre el SIDA fue referido por una de cada cuatro personas latinoamericanas y en menor proporción en el resto de las personas entrevistadas. Las diferencias son significativas según el origen geográfico.

4.7.1 Factores asociados a la mala salud percibida

La tabla 4.10. recoge la distribución del mal estado de salud (regular/mala) con los OR ajustado por edad y por las variables sociodemográficas, de apoyo social y de discriminación. Según los resultados la mayor probabilidad de mala salud se asocia a ser de Senegal y de Magreb (OR=2,76, IC=1,52-5,02 y OR=2,23, IC=1,45-3,45 respectivamente), ser mujer (OR=2,00, IC=1,38-2,89), el menor nivel de estudios (OR=2,03, IC=1,16-3,54), estar desempleado (OR=2,76, IC=1,88-4,03), tener problemas para entender castellano (OR=1,71, IC=1,18-2,49) tener bajo apoyo social (OR=1,87, IC=1,18-2,99) y haber percibido discriminación (OR=2,42, IC=1,63-3,59). No aparecen asociados a la mala salud percibida ni el tiempo de estancia, ni la situación administrativa.

Los factores asociados a la mala salud percibida en los cuatro modelos del análisis multivariante se recogen en la tabla 4.11. El modelo 1 confirma las diferencias significativas en las variables asociadas a un mal estado de salud percibido en las personas procedentes de Senegal (OR=6,96; IC95%: 3,44-14,05) y de Magreb (OR=3,14; IC95%: 1,96-5,02), en comparación con ser de Latinoamérica, en las mujeres (OR=3,68; IC95%: 2,34-5,79) y en el grupo de edad de entre 45 a 64 años (OR=2,62; IC95%: 1,27-5,41).

En el ajuste realizado en el modelo 2 con el resto de las variables sociodemográficas, se confirma como factor de riesgo de mala salud estar desempleado (OR=2,57; IC95%: 1,66-3,97) desapareciendo la asociación con ser de Magreb. Ser mujer mantiene su asociación con el mal estado de salud autovalorado al igual que ser de Senegal, aunque esta asociación se reduce en un 30%. No aparecen asociados con la percepción de mala salud el tiempo de estancia ni la situación administrativa.

Al ajustar por las variables psicosociales (Modelo 3) se confirma el bajo apoyo social como factor de riesgo de mala salud percibida (OR=1,95; IC95%: 1,12-3,38) manteniéndose el resto de las significaciones del modelo anterior. Haber percibido discriminación resultó ser un factor de riesgo de mala salud (OR=2,49; IC95%: 1,45-4,27) (Modelo 4) y además al incluir esta variable en el análisis aumenta el riesgo de mala salud en las personas de Senegal (OR=10,95; IC95%: 4,38-27,36) y se identifica como factor de riesgo de mala salud tener estudios primarios (OR=2,15; IC95%: 1,03-4,48) y se mantienen los secundarios del modelo anterior (OR=2,57; IC95%: 1,24-5,34) en comparación con tener estudios universitarios. El tiempo de estancia, la situación administrativa y las dificultades para entender castellano no resultaron asociados a un mayor riesgo de mala salud. Las diferencias en el tamaño del efecto

fueron estadísticamente significativas para las mujeres: interacción de dificultades para entender castellano (OR=4,34; IC95%: 1,73-10,89), de bajo apoyo social (OR: 3,49; IC95%: 1,12-10,82) y de haber percibido discriminación (OR: 3,18; IC95%: 1,13-8,92).

4.7.2. Factores asociados a los conocimientos inadecuados sobre el VIH

Conocimientos inadecuados sobre la transmisión del VIH. La tabla 4.12. recoge la distribución de los conocimientos inadecuados sobre las vías de transmisión del VIH (Variable Resumen) con los OR ajustado por edad y estratificado por las variables sociodemográficas y haber oído hablar sobre las ITS. Según los resultados la mayor probabilidad de conocimientos inadecuados se asocia a ser de China y Senegal (OR=13,62, IC=4,81-38,57 y OR=12,32, IC=4,32-35,10, respectivamente), mientras que actúan como factor de protección ser de Latinoamérica (OR=0,33, IC=0,23-0,47) y ser mujer (OR=0,53, IC=0,40-0,72). También se asociaron a los conocimientos inadecuados, el mayor tiempo de estancia (OR=1,62, IC=1,19-2,20), la irregularidad administrativa (OR=1,44, IC=1,06-1,97), el menor nivel de estudios (OR=3,44, IC=2,44-4,85), tener problemas para entender castellano (OR=6,02, IC=4,19-8,64) y no haber oído hablar sobre las ITS (OR= 5,31, IC=3,41-8,26).

La tabla 4.13. muestra los factores asociados al conocimiento inadecuado sobre las vías de transmisión del VIH según los modelos de regresión logística multivariante. El modelo 1 confirma las diferencias significativas en las variables asociadas al mayor riesgo de conocimientos inadecuados en las personas procedentes de Senegal (OR: 11,65, IC=4,06-33,43) y China (OR: 13,92, IC=4,90-39,54) y la protección que supone proceder de Latinoamérica (OR: 0,34, IC= 0,24-0,49). Ser mujer pierde su asociación con los conocimientos inadecuados.

En el ajuste realizado en el modelo 2 con el resto de las variables sociodemográficas, se mantienen la significación del lugar de procedencia, la irregularidad administrativa (OR=2,41; IC95%: 1,52-3,83), el menor nivel de estudios (OR=2,00; IC95%: 1,28-3,10), y tener problemas para entender el castellano (OR=1,86; IC95%: 1,06-3,27). Al incluir en el modelo las variables sociodemográficas se pierde la asociación del tiempo de estancia con los conocimientos inadecuados sobre la transmisión del VIH.

La introducción de la variable haber oído hablar sobre las ITS (modelo 3) resulta significativa (OR=2,38; IC95%: 1,36-4,22) y hace perder la protección que suponía proceder de Latinoamérica y el riesgo de conocimientos inadecuados asociado a las dificultades en el manejo del castellano y los estudios primarios.

Tabla 4.10. OR (IC 95%) ajustados por edad de mala salud percibida, según diferentes factores.

	%	p	OR (IC 95%)	<i>Hosmer y Lemeshow</i>
Origen				0,973
Latinoamérica (n=366)	15,0	0,000	1	
China (n=86)	16,3		1,05 (0,54-2,05)	
Magreb (n=236)	25,0		2,23 (1,45-3,45)	
Senegal (n=73)	28,8		2,76 (1,52-5,02)	
Sexo				0,172
Hombre (n=416)	14,6	< 0,000	1	
Mujer (n=355)	26,2		2,00 (1,38-2,89)	
Tiempo de estancia (en años)				0,251
< 5 (n=473)	19,4	0,260	1	
≥ 5 (n=293)	21,5		1,24 (0,85-1,80)	
Situación administrativa				0,412
Regular (n=511)	64,3	0,388	1	
Irregular (n=256)	35,7		1,18 (0,81-1,72)	
Estudios				0,703
Universitarios (n=148)	12,8	0,031	1	
Primarios/Sin estudios (n=371)	22,1		2,03 (1,16-3,54)	
Secundarios (n=242)	21,5		2,10 (1,16-3,54)	
Entiende castellano				0,066
Sin problemas (n=512)	17,4	0,005	1	
Nada/Muy poco/ Con dificultades (n=254)	25,6		1,71 (1,18-2,49)	
Situación Laboral				0,964
Trabajando (n= 465)	14,6	< 0,000	1	
Desempleado (n=258)	30,6		2,76 (1,88-4,03)	
Apoyo social				0,818
Normal (n=613)	17,8	0,008	1	
Bajo (n=111)	30,6		1,87 (1,18-2,99)	
Discriminación				0,785
No (n=344)	12,2	< 0,000	1	
Si (n=397)	25,7		2,42 (1,63-3,59)	

Tabla 4.11. OR (IC 95%) de mala salud percibida según diferentes factores.

	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
	Hosmer-Lemeshow p=0,000	Hosmer-Lemeshow p=0,216	Hosmer-Lemeshow p=0,089	Hosmer-Lemeshow p=0,054
Colectivo				
Latinoamérica	1	1	1	1
China	1,26 (0,64-2,50)	0,85 (0,34-2,15)	0,79 (2,29-2,16)	0,63 (0,23-1,74)
Magreb	3,14^b (1,96-5,02)	1,74 (0,90-3,26)	1,76 (0,90-3,43)	1,52 (0,77-2,99)
Senegal	6,96^b (3,44-14,05)	4,32^b (1,95-9,56)	5,84^b (2,49-13,66)	10,95^b (4,38-27,36)
Sexo				
Hombre	1	1	1	1
Mujer	3,68^b (2,34-5,79)	3,61^b (2,23-5,803)	4,18^b (2,50-6,97)	3,90^b (2,33-6,52)
Edad				
18-24	1	1	1	1
25-44	1,09 (0,62-1,93)	1,15 (0,63-2,12)	1,11 (0,58-2,09)	0,94 (0,49-1,80)
45-64	2,62^b (1,27-5,41)	3,15^a (1,36-7,31)	2,94^a (1,22-7,10)	2,32 (0,93-5,81)
Tiempo de estancia (años)				
≤ 5		1	1	1
> 5		1,32 (0,79-2,22)	1,35 (0,78-2,31)	0,18 (0,67-2,09)
Situación administrativa				
Regular		1	1	1
Irregular		1,54 (0,90-2,63)	1,47 (0,83-2,60)	1,35 (0,75-2,45)
Nivel de estudios				
Universitarios		1	1	1
Secundarios		1,80 (0,92-2,88)	2,50^a (1,22-5,13)	2,57^a (1,24-5,34)
Primarios/Sin estudios		1,56 (0,80-3,00)	2,02^a (1,04-4,07)	2,15^a (1,03-4,48)
Entiende castellano				
Sin problemas		1	1	1
Nada/muy poco/con dificultades		1,62 (0,92-2,88)	1,51 (0,83-2,76)	1,25 (0,67-2,32)
Situación Laboral				
Trabajando		1	1	1
Desempleado		2,57^b (1,66-3,97)	2,65^b (1,68-4,17)	2,24^b (1,39-4,27)
Apoyo social				
Normal			1	1
Bajo			1,95^a (1,12-3,38)	1,81^a (1,03-3,18)
Discriminación				
No				1
Si				2,49^b (1,45-4,27)
<i>Dificultades para entender castellano*mujer:</i> (OR=4,34 ^b ; IC95%: 1,73-10,89) <i>Bajo apoyo social*mujer:</i> (OR: 3,49 ^b ; IC95%: 1,12-10,82) <i>He percibido discriminación*mujer</i> (OR: 3,18 ^a ; IC95%: 1,13-8,92)				

^ap<0,05 ^bp<0,01

Tabla 4.12. OR (IC 95%) ajustados por edad de conocimientos inadecuados sobre la transmisión del VIH según diferentes factores.

	%	p	OR (IC 95%)	<i>Hosmer y Lemeshow</i>
Origen				0,920
Magreb (n=237)	58,6	0,000	1	
China (n=86)	95,3		13,62 (4,81-38,57)	
Latinoamérica (n=368)	33,4		0,33 (0,23-0,47)	
Senegal (n=74)	94,6		12,32 (4,32-35,10)	
Sexo				0,920
Hombre (n=419)	61,8	0,000	1	
Mujer (n=355)	46,2		0,53 (0,40-0,72)	
Tiempo de estancia (en años)				0,894
≤ 5 (n=455)	50,3	0,002	1	
> 5 (n=315)	61,0		1,62 (1,19-2,20)	
Situación administrativa				0,910
Regular (n=513)	51,7	0,021	1	
Irregular (n=258)	60,9		1,44 (1,06-1,97)	
Estudios				0,908
Secundarios (n=243)	41,2	0,000	1	
Universitarios (n=148)	37,8		0,89 (0,58-1,37)	
Primarios/Sin estudios (n=374)	70,6		3,44 (2,44-4,85)	
Entiende castellano				0,991
Sin problemas (n=514)	41,6	0,000	1	
Nada/muy poco/ con dificultades (n=256)	80,9		6,02 (4,19-8,64)	
Situación Laboral				0,208
Trabajando (n= 467)	51,6	0,501	1	
Desempleado (n=248)	55,8		1,11 (0,81-1,52)	
He oído hablar sobre las ITS				0,632
Si	46,2	0,000	1	
No	83,5	0,000	5,31 (3,41-8,26)	

Tabla 4.13. OR (IC 95%) de conocimientos inadecuados sobre la transmisión del VIH según diferentes factores.

	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
	Hosmer-Lemeshow p=0,896	Hosmer-Lemeshow p=0,216	Hosmer-Lemeshow p=0,089
Colectivo	* ,896	*0,140	*0,080
Magreb	1	1	1
China	13,92^b (4,90-39,54)	20,38^b (6,12-67,85)	23,83^b (7,09-80,15)
Latinoamérica	0,34^b (0,24-0,49)	0,53^a (0,31-0,90)	0,64 (0,37-1,12)
Senegal	11,65^b (4,06-33,43)	9,82^b (3,31-29,16)	9, 32^b (3,12-27,95)
Sexo			
Hombre	1	1	1
Mujer	0,85 (0,60-1,20)	1,16 (0,78-1,73)	1,17 (0,78-1,74)
Edad			
17-24	1	1	1
25-34	1,00 (0,61-1,63)	0,83 (0,47-1,46)	0,90 (0,51-1,60)
35-44	0,94 (0,54-1,63)	0,87 (0,46-1,66)	0,94 (0,49-1,80)
45-64	2,18^a (1,12-4,22)	1,28 (0,58-2,80)	1,31 (0,60-2,90)
Tiempo de estancia España (años)			
≤ 5		1	1
> 5		1,50 (0,94-2,38)	1,55 (0,97-2,47)
Situación administrativa			
Regular		1	1
Irregular		2,41^b (1,52-3,83)	2,32^b (1,46-3,70)
Estudios			
Secundarios		1	1
Universitarios		0,96 (0,56-1,65)	0,90 (0,53-1,54)
Primarios/sin estudios		2,00^a (1,28-3,10)	1,63^a (1,03-2,58)
Entiende castellano			
Sin problemas		1	1
Nada/muy poco/con dificultades		1,86^a (1,06-3,27)	1,67 (0,94-2,97)
He oído hablar sobre las ITS			
Sí			1
No			2,38^a (1,34-4,22)

^ap<0,05^bp<0,01

Conocimientos inadecuados sobre la prevención del VIH. La tabla 4.14. recoge la distribución de los conocimientos inadecuados sobre prevención del VIH (Variable Resumen) con los OR ajustado por las variables sociodemográficas, y haber oído hablar sobre las ITS. Según los resultados la mayor probabilidad de conocimientos inadecuados se asocia a ser de China (OR=9,88, IC=5,48-17,79), Latinoamérica (OR=6,39, IC=4,35-9,38) y Senegal (OR=3,56, IC=2,03-6,24), en comparación con ser de Magreb. Ser mujer (OR=1,94, IC=1,44-2,61) también se asoció con los conocimientos inadecuados sobre la prevención del VIH.

La tabla 4.15. muestra los factores asociados al conocimiento inadecuado sobre los métodos de prevención del VIH según los modelos de regresión logística multivariante. El modelo 1 confirma las diferencias significativas en las variables asociadas al mayor riesgo de conocimientos inadecuados en las personas procedentes de Senegal (OR: 4,27, IC: 4,06-8,88), Latinoamérica (OR: 6,01, IC: 4,06-8,88) y China (OR: 10,01, IC: 5,52-18,15) en comparación con ser de Magreb y al hecho de ser mujer (OR: 1,83, IC: 1,29-2,58). La edad pierde su asociación con los conocimientos inadecuados sobre los métodos de prevención.

Las variables sociodemográficas incluidas en el modelo 2 no se asocian a los conocimientos inadecuados sobre los métodos de prevención del VIH. No haber oído hablar sobre las ITS aumenta el riesgo de los conocimientos inadecuados sobre la prevención del VIH (OR=3,43; IC95%: 1,99-5,91) y además al incluirla en el análisis aumenta el riesgo de conocimientos inadecuados entre las personas de Senegal (OR=4,21; IC95%: 2,22-7,97) y China (OR=16,32; IC95%: 8,11-32,83) y se identifican como factores de riesgo tener entre 25-34 (OR=1,65, IC95%: 0,96-2,85) y de 35- 44 años (OR=1,72; IC95%: 0,93-3,16).

Tabla 4.14. OR (IC 95%) ajustados por edad de conocimientos inadecuados sobre la prevención del VIH, según diferentes factores.

	%	P	OR (IC 95%)	Hosmer y Lemeshow
Origen				0,565
Magreb (n=237)	22,8	< 0,001	1	
China (n=86)	75,6		9,88 (5,48-17,79)	
Latinoamérica (n=368)	67,7		6,39 (4,35-9,38)	
Senegal (n=74)	51,4		3,56 (2,03-6,24)	
Sexo				0,640
Hombre (n=419)	45,3	0,000	1	
Mujer (n=355)	63,4		1,94 (1,44-2,61)	
Tiempo de estancia (en años)				0,130
≤ 4 (n=455)	53,6	0,236	1	
> 4 (n=315)	53,7		0,83 (0,61-1,13)	
Situación administrativa				0,820
Regular (n=513)	54,7	0,442	1	
Irregular (n=258)	53,2		1,13 (0,83-1,54)	
Estudios				0,755
Secundarios (n=243)	50,2	0,075	1	
Universitarios (n=148)	64,2		1,56 (1,01-2,40)	
Primarios/Sin estudios (n=374)	51,6		1,01 (0,72-1,40)	
Entiende castellano				0,345
Sin problemas (n=514)	59,3	0,001	1	
Nada/muy poco/ con dificultades (n=256)	41,8		0,50 (0,36-0,68)	
Situación Laboral				0,865
Trabajando (n= 467)	59,5	0,001	1	
Desempleado (n=258)	40,7		0,52 (0,38-0,72)	
He oído hablar sobre las ITS				0,714
Sí	54,2	0,661	1	
No	51,7		0,92 (0,64-1,32)	

Tabla 4.15. OR (IC 95%) de conocimientos inadecuados sobre la prevención del VIH según diferentes factores.

	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
	Hosmer-Lemeshow p=0,108	Hosmer-Lemeshow p=0,120	Hosmer-Lemeshow p=0,076
Colectivo	*0,108	*0,120	*0,076
Magreb	1	1	1
Senegal	4,27 ^b (2,40-7,66)	4,45 ^b (2,39-8,29)	4,21 ^b (2,22-7,97)
Latinoamérica	6,01 ^b (4,06-8,88)	5,12 ^b (3,02-8,67)	7,18 ^b (4,08-12,64)
China	10,01 ^b (5,52-18,15)	11,06 ^b (5,85-20,92)	16,32 ^b (8,11-32,83)
Sexo			
Hombre	1	1	1
Mujer	1,83 ^b (1,29-2,58)	1,87 ^b (1,28-2,74)	1,91 ^b (1,30-2,81)
Edad			
17-24	1	1	1
25-34	1,71 (1,04-2,82)	1,57 (0,92-2,68)	1,65 ^a (0,96-2,85)
35-44	1,69 (0,99-2,96)	1,61 (0,89-2,92)	1,72 ^a (0,93-3,16)
45-64	1,26 (0,67-2,41)	1,16 (0,55-2,37)	1,11 (0,53-2,32)
Tiempo de estancia España (años)			
≤ 4		1	1
> 4		1,31 (0,84-2,03)	1,35 (0,86-2,11)
Situación administrativa			
Regular		1	1
Irregular		1,33 (0,85-2,08)	1,26 (0,80-1,97)
Estudios			
Secundarios		1	1
Universitarios		1,16 (0,70-1,91)	1,08 (0,65-1,81)
Primarios/sin estudios		1,51 (0,98-2,32)	1,15 (0,74-1,81)
Entiende castellano			
Sin problemas		1	1
Nada/muy poco/con dificultades		1,33 (0,77-2,29)	1,59 (0,92-2,73)
He oído hablar sobre las ITS			
Sí			1
No			3,43 ^b (1,99-5,91)

^ap<0,05^bp<0,01

Conocimientos inadecuados sobre el lugar en el que realizar la prueba diagnóstica del VIH. La tabla 4.16 recoge la distribución de los conocimientos inadecuados sobre el lugar en el que realizar la prueba diagnóstica con los OR ajustado por las variables sociodemográficas, y haber oído hablar sobre las ITS. Según los resultados ser de Latinoamérica (OR=0,42; IC95%:0,30-0,60) supuso factor de protección frente al desconocimiento del lugar en el que realizar la prueba diagnóstica. Mientras que como factores de riesgo, aparecen el hecho de ser mujer (1,48; IC95%: 1,10-1,99), los estudios primarios (OR: 1,83; IC95%: 1,31-2,57), tener problemas para entender castellano (OR: 3,32; IC95%: 2,42-4,57), no haber oído hablar sobre las ITS (OR: 3,83; IC95%:2,63-5,59), no haber recibido consejo sanitario sobre el SIDA (OR: 3,05; IC95%: 1,80-5,15) y el conocimiento inadecuado sobre los métodos de prevención del VIH no se mostró asociada.

Los factores asociados al desconocimiento sobre el lugar en el que realizar la prueba diagnóstica del VIH, según los modelos de regresión logística multivariante se recogen en la tabla 4.17. El modelo 1 confirma las diferencias significativas en las variables asociadas al mayor riesgo de conocimientos inadecuados en las mujeres (OR: 2,15, IC: 1,54-3,01) y como factores de protección proceder de Latinoamérica (OR: 0,36, IC: 0,25-0,53) y tener entre 25 y 44 años (en la franja de 25-34 años, OR: 0,54, IC: 0,33-0,88 y de 35-44 años, OR: 0,47, IC: 0,28-0,79).

Las variables sociodemográficas incluidas en el modelo 2 hacen perder la protección que suponía ser de Latinoamérica, mantienen la significación con el mayor riesgo de desconocimiento del lugar en el que realizar la prueba diagnóstica del VIH. El ser mujer y tener problemas para entender castellano se asocian al desconocimiento sobre el lugar dónde realizar la prueba, mientras que tener entre 25 y 34 años se identifica como factor de protección.

La introducción de las variables de desconocimiento sobre las ITS (OR: 3,34, IC: 1,95-5,73), no haber recibido consejo sanitario sobre Sida (OR: 2,32, IC: 1,23- 4,35) y del conocimiento inadecuado sobre la prevención del VIH (OR: 1,62, IC: 1,04-2,53) (modelo 3) resultan también significativas. El modelo 3 mantiene la significación con tener problemas para entender el castellano, aumenta el mayor riesgo de conocimientos inadecuados en las mujeres y se pierde la significación con el grupo de edad de 25-34.

Tabla 4.16. OR (IC 95%) ajustados por edad de conocimientos inadecuados sobre el lugar en el que realizar la prueba diagnóstica del VIH, según diferentes factores.

	%	P	OR (IC 95%)	Hosmer y Lemeshow
Origen				0,963
Magreb (n=237)	50,6	< 0,001	1	
China (n=86)	50,0		0,86 (0,52-1,43)	
Latinoamérica (n=368)	31,3		0,42 (0,30-0,60)	
Senegal (n=74)	45,9		0,91 (0,53-1,56)	
Sexo				0,998
Hombre (n=419)	36,8	0,010	1	
Mujer (n=355)	46,2		1,48 (1,101-1,99)	
Tiempo de estancia (en años)				0,651
≤ 4 (n=455)	40,0	0,516	1	
> 4 (n=315)	42,2		1,11 (0,81-1,50)	
Situación administrativa				0,583
Regular (n=513)	40,4	0,354	1	
Irregular (n=258)	43,0		1,16 (0,85-1,58)	
Estudios				0,765
Secundarios (n=243)	35,4	0,000	1	
Universitarios (n=148)	27,7		0,73 (0,46-1,15)	
Primarios/Sin estudios (n=374)	50,3		1,83 (1,31-2,57)	
Entiende castellano				0,600
Sin problemas (n=514)	31,5	0,000	1	
Nada/muy poco/ con dificultades (n=256)	59,8		3,32(2,42-4,57)	
Situación Laboral				0,858
Trabajando (n= 467)	39,4	0,453	1	
Desempleado (n=258)	43,0		1,13 (0,82-1,55)	
He oído hablar sobre las ITS				0,993
Sí	37,3	0,000	1	
No	67,6		3,83 (2,63-5,59)	
Recibe consejo sanitario sobre SIDA				0,820
Sí, he oído hablar (n= 94)	22,3	0,000	1	
No he oído hablar (n= 561)	45,3		3,05 (1,80-5,15)	
Variable Resumen de conocimiento inadecuado sobre la prevención				0,321
No	38,7	0,131	1	
Sí	43,1		1,26 (0,93-1,70)	

Tabla 4.17. OR (IC 95%) de conocimientos inadecuados sobre el lugar en el que realizar la prueba diagnóstica del VIH según diferentes factores.

	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
	Hosmer-Lemeshow p=0,108	Hosmer-Lemeshow p=0,120	Hosmer-Lemeshow p=0,076
Colectivo	*0,412	*0,240	*0,327
Magreb	1	1	1
Latinoamericana	0,36^b (0,25-0,53)	0,70 (0,41-1,18)	1,03 (0,55-1,92)
China	0,81 (0,48-1,36)	0,57 (0,32-1,02)	0,68 (0,32-1,42)
Senegal	1,17 (0,67-2,03)	0,95 (0,51-1,78)	0,61 (0,29-1,31)
Sexo			
Hombre	1	1	1
Mujer	2,15^b (1,54-3,01)	2,87^b (1,94-4,25)	3,19^b (2,04-4,99)
Edad			
17-24	0,68 (0,37-1,25)	0,77 (0,38-1,54)	0,88 (0,39-1,99)
25-34	0,54^a (0,33-0,88)	0,53^a (0,30-0,93)	0,54 (0,28-1,02)
35-44	0,47^b (0,28-0,79)	0,44^b (0,24-0,79)	0,43^b (0,22-0,83)
45-64	1	1	1
Tiempo de estancia España (años)			
≤ 4		1	1
> 4		1,07 (0,70-1,64)	1,19 (0,77-1,90)
Situación administrativa			
Regular		1	1
Irregular		1,22 (0,78-1,90)	1,18 (0,72-1,95)
Estudios			
Secundarios		1	1
Universitarios		0,77 (0,45-1,30)	0,1 (0,40-1,26)
Primarios/sin estudios		1,33 (0,88-2,02)	1,02 (0,63-1,67)
Entiende castellano			
Sin problemas		1	1
Nada/muy poco/con dificultades		3,82^b (2,32-6,27)	3,52^b (2,01-6,19)
Ha oído hablar de las ITS			
Sí			1
No			3,34^b (1,95-5,73)
Recibe consejo sanitario sobre Sida			
Sí			1
No			2,32^a (1,23-4,35)
Variable Resumen conocimiento inadecuado de prevención			
No			1
Sí			1,62^a (1,04-2,53)

^ap<0,05^bp<0,01

4.7.3 Factores asociados a la utilización de los servicios de salud

Factores asociados a la utilización de los servicios de Atención Primaria. La tabla 4.18. recoge la distribución de la utilización de los servicios de Atención Primaria con los OR ajustados por las variables sociodemográficas, de salud percibida y de discriminación percibida en el ámbito sanitario. Según los resultados la mayor probabilidad de utilizar la Atención Primaria en el último año muestra un patrón diferente según el origen geográfico, mientras ser de Magreb se asocia a una mayor utilización de la atención primaria (OR=2,40; IC95%: 1,41-4,07), ser de China y Senegal reduce la probabilidad de su utilización (OR=0,15; IC95%: 0,09-0,26 y OR=0,36; IC95%: 0,21-0,63 respectivamente). Ser mujer, la mayor edad, el mayor nivel de estudios, estar desempleado, el mal estado de salud percibido y la discriminación percibida también se asocia a una mayor probabilidad de utilización de los servicios de Atención Primaria.

Los factores asociados a la utilización de los servicios de Atención Primaria en el último año, según los modelos de regresión logística multivariante se recogen en la tabla 4.19. El modelo 1 confirma las diferencias en el patrón de utilización diferencial, según el origen geográfico para Magreb (OR=2,98; IC95%: 1,74-5,13) y China (OR=0,15; IC95%: 0,09-0,26). También en el modelo se asocia una mayor utilización de los servicios de Atención Primaria en la mujer (OR=2,53; IC95%: 1,64-3,91) y en las edades mayores.

Al ajustar por el resto de las variables sociodemográficas (modelo 2), se mantienen las significaciones del modelo anterior para el origen geográfico de Magreb (OR=2,10; IC95%: 1,03-4,27) y China (OR=0,07; IC95%: 0,03-0,15), aunque con una importante reducción en los OR y se identifica ser de Senegal con una menor probabilidad en la utilización de los servicios de AP (OR=0,42; IC95%: 0,20-0,88). Aparecen también asociados a una menor utilización de los servicios de AP estar en situación administrativa irregular (OR=0,59; IC95%: 0,35-0,99) y tener estudios secundarios (OR=0,74; IC95%: 0,39-1,39). La edad en este modelo pierde su significación estadística y no se identifican asociaciones con el tiempo de estancia, la comprensión del castellano y la situación laboral.

Al incluir el estado de salud percibido (modelo 3), el mal estado de salud percibido aumenta la probabilidad de utilización de la Atención Primaria (OR=1,91; IC95%: 1,04-3,50) y se mantienen las significaciones del modelo anterior. Haber percibido discriminación en el ámbito sanitario se asocia con una mayor probabilidad de utilizar la atención primaria (OR=2,85; IC95%: 1,31-6,20) y además, al incluirla en el análisis se pierde la significación de ser Magreb con la utilización de la atención primaria (modelo 4).

Tabla 4.18. OR (IC 95%) ajustados por edad de utilización de los servicios de Atención Primaria según diferentes factores.

	%	p	OR (IC 95%)	Hosmer y Lemeshow
Origen 0,909				
Latinoamérica (n=360)	81,9	< 0,000	1	
China (n=84)	41,7		0,15 (0,09-0,26)	
Magreb (n=228)	89,5		2,40 (1,41-4,07)	
Senegal (n=70)	61,4		0,36 (0,21-0,63)	
Sexo 0,367				
Hombre (n=403)	71,2	< 0,000	1	
Mujer (n=348)	85,1		2,16 (1,49-3,13)	
Tiempo de estancia (en años) 0,206				
< 5 (n=455)	76,3	0,656	1	
≥ 5 (n=292)	79,5		1,09 (0,75-1,57)	
Situación administrativa 0,926				
Regular (n=503)	79,3	0,116	1	
Irregular (n=245)	73,9		0,75 (0,52-1,07)	
Estudios 0,982				
Universitarios (n=146)	85,6	0,046	1	
Secundarios (n=237)	75,8		0,52 (0,30-0,92)	
Primarios/Sin estudios (n=359)	75,1		0,52 (0,31-0,89)	
Entiende castellano 0,900				
Sin problemas (n=504)	80,2	0,052	1	
Nada/muy poco/ con dificultades (n=243)	72,4		0,70 (0,49-1,00)	
Situación Laboral 0,938				
Trabajando (n= 457)	75,1	0,030	1	
Desempleado (n=248)	81,0		1,55 (1,04-2,30)	
Autovaloración de la Salud 0,502				
Excelente/Muy Buena/Buena (n= 602)	75,9	0,019	1	
Regular/Mala (n= 145)	85,5		1,85 (1,11-3,08)	
He percibido discriminación en el ámbito sanitario 0,829				
No (n=611)	76,8	0,037	1	
Sí (n=113)	86,7		1,85 (1,04-3,30)	

Tabla 4.19. OR (IC 95%) de utilización de los servicios de Atención Primaria según diferentes factores.

	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
	Hosmer-Lemeshow p=0,000	Hosmer-Lemeshow p=0,216	Hosmer-Lemeshow p=0,089	Hosmer-Lemeshow p=0,054
Colectivo				
Latinoamérica	1	1	1	1
China	0,15^b (0,09-0,26)	0,07^b (0,03-0,15)	0,07^b (0,03-0,15)	0,05^b (0,21-0,12)
Magreb	2,98^b (1,74-5,13)	2,10^a (1,03-4,27)	2,09^a (1,02-4,29)	2,01 (0,96-4,19)
Senegal	0,59 (0,33-1,08)	0,42^a (0,20-0,88)	0,37^b (0,17-0,79)	0,39^a (0,18-0,88)
Sexo				
Hombre	1	1	1	1
Mujer	2,53^b (1,64-3,91)	2,73^b (1,71-4,35)	2,57^b (1,60-4,12)	2,40^b (1,48-3,90)
Edad				
18-24	1	1	1	1
25-44	1,79^a (1,05-3,06)	1,59 (0,87-2,88)	1,55 (0,85-2,82)	1,59 (0,85-2,94)
45-64	4,05^b (1,70-9,66)	2,87 (1,05-7,83)	2,55 (0,92-7,03)	2,50 (0,88-7,13)
Tiempo de estancia (años)				
≤ 5		1	1	1
>5		1,35 (0,78-2,36)	1,32 (0,76-2,31)	1,16 (0,66-2,06)
Situación administrativa				
Regular		1	1	1
Irregular		0,59^a (0,35-0,99)	0,57^a (0,34-0,96)	0,51^a (0,30-0,87)
Nivel de estudios				
Primarios/Sin estudios		0,46 (0,25-0,85)	0,72 (0,37-1,36)	0,70 (0,37-1,35)
Secundarios		0,74^b (0,39-1,39)	0,44^b (0,24-0,82)	0,44^a (0,24-0,83)
Universitarios		1	1	1
Entiende castellano				
Sin problemas		1	1	1
Nada/muy poco/Con dificultades		1,57 (0,84-2,92)	1,53 (0,82-2,85)	1,58 (0,82-3,06)
Situación laboral				
Trabajando		1	1	1
Desempleado		1,05 (0,65-1,83)	0,96 (0,60-1,55)	0,96 (0,59-1,56)
Autovaloración de la Salud				
Excelente/Muy Buena/Buena			1	1
Regular/Mala			1,91^a (1,04-3,50)	1,57 (0,84-2,92)
Discriminación percibida en ámbito sanitario				
No				1
Sí				2,85^b (1,31-6,20)

^ap<0,05^bp<0,01

* Prueba de Hosmer y Lemeshow

Factores asociados a la utilización de los servicios de la Urgencias Hospitalarias. La tabla 4.20. recoge la distribución de la utilización de los servicios de las Urgencias Hospitalarias con los OR estratificada por las variables sociodemográficas, de la salud percibida y de la discriminación percibida en el ámbito sanitario. Según los resultados la mayor probabilidad de utilizar las urgencias hospitalarias en el último año muestra un patrón diferente según el origen geográfico donde ser de Senegal y Magreb se asocia a una mayor utilización (OR=4,41; IC95%: 2,52-7,72 y OR=1,87; IC95%: 1,20-2,91). El ser mujer se asocia con una menor utilización de los servicios de urgencias hospitalarias y la mala salud percibida se muestra asociada a una mayor utilización.

Los factores asociados a la utilización de los servicios de las Urgencias Hospitalarias en el último año, según los modelos de regresión logística multivariante se recogen en la tabla 4.21. El modelo 1 después de ajustar por el origen, el sexo y la edad, la mayor utilización de las urgencias hospitalarias se asocia a ser de Senegal (OR=3,64; IC95%: 1,98-6,67) y Magreb (OR=1,73; IC95%: 1,10-2,73), y la menor utilización con ser de China (OR=0,32; IC95%: 0,11-0,91).

Al ajustar por el resto de las variables sociodemográficas (modelo 2) ninguna resulta asociada a la utilización de los servicios de urgencias hospitalarias, aunque su inclusión en el análisis hace perder la asociación de una mayor utilización de los servicios de urgencias hospitalarias con ser de Magreb y con una menor probabilidad de utilización en las personas procedentes de China

Al incluir el estado de salud percibido (modelo 3), el mal estado de salud percibido aumenta la probabilidad de utilización de Urgencias Hospitalarias (OR=1,75; IC95%: 1,06-2,86) y se mantienen las significaciones del modelo anterior. Mientras que se mantiene la significación del resto de las variables (modelo 3). Haber percibido discriminación no resulta asociado a la utilización de los servicios de las Urgencia Hospitalarias (modelo 4).

Tabla 4.20. OR (IC 95%) ajustados por edad de utilización de los servicios de Urgencias Hospitalarias, según diferentes factores.

	%	p	OR (IC 95%)	<i>Hosmer y Lemeshow</i>
Origen				0,656
Latinoamérica (n=367)	13,4	< 0,000	1	
China (n=86)	4,7		0,33 (0,12-0,95)	
Magreb (n=237)	21,9		1,87 (1,20-2,91)	
Senegal (n=74)	41,9		4,41 (2,52-7,72)	
Sexo				0,555
Hombre (n=419)	22,9	< 0,000	1	
Mujer (n=355)	12,4		0,49 (0,33-0,73)	
Tiempo de estancia (en años)				0,997
< 5 (n=474)	16,5	0,112	1	
≥ 5 (n=295)	20,7		1,36 (0,93-2,00)	
Situación administrativa				0,968
Regularizada (n=513)	17,0	0,250	1	
Irregular (n=257)	20,2		1,25 (0,85-1,84)	
Estudios				0,840
Universitarios (n=147)	15,6	0,141	1	
Primarios/Sin estudios (n=374)	16,0		0,70 (0,45-1,07)	
Secundarios (n=243)	20,6		0,67 (0,40-1,12)	
Entiende castellano				0,901
Sin problemas (n=513)	16,6	0,144	1	
Nada/Muy poco/Con dificultades (n=256)	21,1		1,33 (0,91-1,96)	
Situación Laboral				0,428
Trabajando (n= 467)	16,5	0,064	1	
Desempleado (n=257)	21,8		1,45 (0,98-2,15)	
Autovaloración de la Salud				0,278
Excelente/Muy Buena/Buena (n= 602)	16,4	0,007	1	
Regular/Mala (n= 145)	25,3		1,80 (1,17-2,77)	
Discriminación en el ámbito sanitario				0,908
No (n=615)	17,7	0,967	1	
Si (n=119)	16,8		0,99 (0,58-1,68)	

Tabla 4.21. OR (IC 95%) de utilización de los servicios de Urgencias Hospitalarias según diferentes factores.

	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
	Hosmer-Lemeshow p=0,000	Hosmer-Lemeshow p=0,216	Hosmer-Lemeshow p=0,089	Hosmer-Lemeshow p=0,054
Colectivo				
Latinoamérica	1	1	1	1
China	0,32^a (0,11-0,91)	0,33 (0,10-1,07)	0,33 (0,10-1,06)	0,33 (0,10-1,08)
Magreb	1,73^a (1,10-2,73)	1,50 (0,79-2,84)	1,45 (0,76-2,74)	1,44 (0,75-2,76)
Senegal	3,64^b (1,98-6,67)	3,02^b (1,46-6,22)	2,66^b (1,28-5,54)	2,86^b (1,33-6,16)
Sexo				
Hombre	1	1	1	1
Mujer	0,71 (0,46-1,10)	0,67 (0,42-1,06)	0,59^a (0,37-0,95)	0,60^a (0,37-0,97)
Edad				
18-24	1	1	1	1
25-44	1,29 (0,72-2,28)	1,16 (0,63-2,15)	1,14 (0,62-2,11)	1,28 (0,67-2,44)
45-64	1,08 (0,46-2,54)	0,73 (0,27-1,98)	0,63 (0,23-1,73)	0,71 (0,25-1,98)
Tiempo de estancia				
≤ 5		1	1	1
5 o más		1,60 (0,94-2,71)	1,60 (0,94-2,73)	1,60 (0,93-2,77)
Situación administrativa				
Regular		1	1	1
Irregular		1,29 (0,75-2,23)	1,26 (0,73-2,16)	1,29 (0,74-2,27)
Nivel de estudios				
Primarios/sin estudios		0,98 (0,52-1,83)	0,94 (0,50-1,78)	1,01 (0,53-1,93)
Secundarios		1,04 (0,55-1,95)	1,03 (0,55-1,93)	1,11 (0,58-2,10)
Universitarios		1	1	1
Entiende castellano				
Sin problemas		1	1	1
Nada/con dificultades		0,91 (0,51-1,62)	0,87 (0,49-1,55)	0,85 (0,47-1,54)
Situación laboral				
Trabajando		1	1	1
Desempleado		1,29 (0,83-2,00)	1,17 (0,75-1,83)	1,17 (0,74-1,85)
Salud percibida				
Excelente/MuyBuena/ Buena			1	1
Regular/Mala			1,75^a (1,06-2,86)	1,65^a (1,02-2,68)
Discriminación percibida				
No				1
Sí				1,06 (0,57-1,95)

^ap<0,05 ^bp<0,01

* Prueba de Hosmer y Lemeshow

DISCUSIÓN

5.1. Principales resultados de esta tesis

En los análisis realizados en el capítulo anterior se han elaborado distintos modelos con el objeto de identificar los determinantes sociales que puedan explicar las diferencias en el estado de salud percibido, los conocimientos sobre el VIH y la utilización de los servicios de salud en los inmigrantes de China, Latinoamérica, Magreb y Senegal. En este capítulo se aborda la discusión de los resultados bajo la premisa de que las circunstancias sociales en las que una persona crece, vive y envejece determinan su estado de salud y que la duración de nuestra vida y las posibilidades de vivirla en condiciones de salud están modeladas por fuerzas políticas, económicas y culturales.

El trabajo empírico realizado consistió en responder a los objetivos planteados, es decir identificar los determinantes sociales que explican las diferencias en el estado de salud percibido, en los conocimientos sobre el VIH y en la utilización de los servicios de salud en las personas inmigrantes procedentes de China, Latinoamérica, Magreb y Senegal que viven en la CAPV. Estos aspectos son claves para proveer información sobre la existencia y explicaciones plausibles sobre las desigualdades sociales en salud entre los diferentes grupos de inmigrantes y para avanzar en el diseño de políticas que eliminen las desigualdades en el acceso a los recursos tanto materiales como inmateriales.

Entre las características de las personas inmigrantes entrevistadas, podemos destacar que se trata de una población joven, situación que se da especialmente entre las personas procedentes de África. Los estudios universitarios son más frecuentes entre las personas procedentes de Latinoamérica. La mayor antigüedad migratoria se da entre las personas procedentes de China, y los mayores porcentajes de irregularidad administrativa entre los hombres de Senegal y de Latinoamérica. Las dificultades en el manejo del castellano superan el 50% en todas las personas entrevistadas, excepto en las de Latinoamérica, que comparten en su mayoría, el idioma con la población autóctona. Los porcentajes de ocupación en el momento de la realización de la encuesta o con anterioridad, son altos en todos los grupos y los mayores porcentajes de desempleo, estaban entre las personas procedentes de África.

Estado de salud percibido

El estado de salud percibido varió según el sexo, así los hombres refieren en general mejor estado de salud, excepto los procedentes de Senegal. Entre las mujeres son las procedentes de Magreb las que declararon un peor estado de salud percibido, donde la mitad de ellas declara mala salud. El bajo apoyo social es más referido por los hombres de todas las procedencias. Más del 80% de las personas procedentes de China y de las mujeres procedentes del Magreb declaran haber percibido discriminación. Las personas procedentes de China y las mujeres procedentes de Magreb refirieron mayores porcentajes de discriminación en los servicios de salud. Los hombres de Senegal fueron los que declararon menores porcentajes de discriminación percibida.

Los factores asociados a la mala salud percibida fueron el lugar de nacimiento, el sexo, la edad, el nivel de estudios, la situación laboral, el apoyo social y la discriminación percibida. El lugar de nacimiento marcó diferencias en el estado de salud percibido, con una peor salud para las personas nacidas en Senegal y Magreb. Ser mujer también supuso un mayor riesgo de mala salud y las edades mayores. Estar desempleado supuso un mayor riesgo para la salud al igual que la falta de apoyo social, resultando además, la diferencia en el efecto del tamaño mayor en las mujeres (interacción de bajo apoyo social y sexo). Además, la inclusión de esta variable afectó a la relación entre el nivel de estudios y el estado de salud, ya que identifica como factor de riesgo de una peor salud el menor nivel de estudios, manteniéndose el resto de las significaciones.

En nuestro estudio, también se ha constatado que haber percibido discriminación aumenta la probabilidad de tener mala salud, resultando además, la diferencia en el efecto del tamaño mayor en las mujeres (interacción de discriminación percibida y sexo). Cuando se controló por la discriminación percibida, se mantuvieron las significaciones para ser mujer, la mayor edad, el bajo nivel de estudios, estar desempleado, tener bajo apoyo social y aumentó el riesgo de mala salud para los nacidos en Senegal.

El tiempo de estancia en el país de acogida y la situación administrativa no se han encontrado asociados al mal estado de salud percibido, ni en los análisis bivariantes ni en los multivariantes. El riesgo de mala salud se encontró asociado a las dificultades para entender castellano en el análisis bivalente, pero no cuando otras variables fueron consideradas. Sin embargo, sí se constató el efecto de las dificultades para entender castellano en el estado de salud en las mujeres cuando se introdujeron los términos de interacción (dificultades con el castellano y sexo).

Conocimientos sobre el VIH y el lugar en el que realizar la prueba diagnóstica

Las personas entrevistadas en general habían oído hablar del VIH, con la excepción de los de Senegal. Habían oído hablar de las ITS prácticamente el total de las personas

procedentes de Latinoamérica, mientras que en el resto de los orígenes de las ITS esto fue referido en menores proporciones. El conocimiento sobre las vías de transmisión del VIH se reveló bastante inadecuado, especialmente entre las personas de Senegal y China. El porcentaje de personas que identificaron correctamente todas las vías de transmisión fue bajo, apreciándose errores frecuentes en la adquisición de la enfermedad por compartir comida con una PVVS o en la vinculación del aspecto de la persona con la infección del VIH. En todos los grupos de inmigrantes estudiados se conocían mejor las vías de transmisión para la adquisición de la infección por relaciones sexuales sin protección y por compartir sangre u objetos cortantes. La mayor proporción de respuestas correctas en relación a los métodos de prevención de la infección se encontró entre los hombres de Magreb. Se apreciaron también diferencias por origen geográfico sobre el conocimiento del lugar en el que realizar la prueba para el diagnóstico del VIH, fueron las mujeres procedentes de Magreb quienes más desconocían esta información. Respecto a la conducta sexual de los encuestados, cerca del 90% de las personas de Latinoamérica y de China declararon haber tenido al menos una pareja sexual en los últimos 12 meses, los porcentajes fueron menores entre las personas de África. Los porcentajes más bajos de utilización del preservativo en la última relación sexual fueron referidos por los hombres de Senegal y las mujeres de Magreb. Fueron pocas las personas que declararon antecedentes de ITS en el último año. Haber recibido consejo sanitario sobre el SIDA en los servicios de Atención Primaria fue referido por una de cada cuatro personas latinoamericanas y en menor proporción en el resto de las personas entrevistadas.

Los factores asociados al desconocimiento de la transmisión del VIH fueron el origen geográfico, el sexo, los estudios, la situación administrativa, el tiempo de estancia, la comprensión del castellano y el haber oído hablar sobre las ITS. En los análisis bivariantes, el mayor riesgo de las ideas erróneas en la transmisión, se asoció a proceder de China y Senegal y ser de Latinoamérica actuó como factor de protección. Ser mujer, los estudios primarios, la irregularidad administrativa, entender castellano y no haber oído hablar de la ITS también resultaron asociados a un mayor riesgo de conocimientos inadecuados en los análisis bivariantes. En el análisis multivariantes, finalmente mantuvieron el mayor riesgo de errores en los conocimientos sobre la transmisión del VIH ser de China y Senegal, estar en situación administrativa irregular y no haber oído hablar sobre las ITS.

En los análisis multivariantes, los factores asociados con un mayor riesgo de desconocimiento de las estrategias de prevención sexual del VIH, correspondientes al enfoque ABC, fueron ser de Senegal, Latinoamérica y China, en comparación con ser de Magreb. Ser mujer se asoció a un mayor riesgo de no conocer las estrategias de prevención al igual que no haber oído hablar sobre las ITS. La edad, el tiempo de estancia, la situación administrativa y la comprensión del castellano no resultaron asociados en ninguno de los análisis realizados (bivariantes y multivariantes).

Según los modelos de análisis multivariantes, los factores asociados a la falta de información del lugar en el que realizar la prueba diagnóstica del VIH y Sida fueron ser mujer, tener dificultades para entender castellano, no haber oído hablar sobre las ITS, no haber recibido consejo sanitario sobre el SIDA en los servicios de Atención Primaria y tener conocimientos inadecuados sobre las estrategias de prevención sexual del VIH, correspondientes al enfoque ABC.

Utilización de los servicios de Salud

La mayoría de las personas entrevistadas disponían de la Tarjeta de Identificación Sanitaria, que da acceso a la red normalizada de los servicios de salud. La utilización de los servicios de Atención Primaria fue mayor entre las mujeres y menor entre los hombres procedentes de China. La utilización de las urgencias hospitalarias fue referida en mayores proporciones por los hombres procedentes de Senegal y en menores por las procedentes de China.

Los factores asociados a la utilización de los servicios de AP entre los inmigrantes de China, Latinoamérica, Magreb y Senegal fueron el lugar de procedencia, el sexo, la edad, la situación administrativa, el nivel de estudios, el estado de salud percibido y la percepción de discriminación en el ámbito sanitario. Las diferencias en la probabilidad de utilización de los servicios de AP relacionadas con el lugar de nacimiento incluyeron, una relación significativa positiva para las personas nacidas en Magreb y negativa para las nacidas en Senegal y China. Ser mujer también se asoció a una mayor probabilidad de utilizar este nivel de atención al igual que las edades mayores y el mal estado de salud percibido. Haber percibido discriminación en el ámbito sanitario, aumentó la probabilidad de utilizar los servicios de AP y, además, la inclusión de esta variable hizo la perder la significación del mal estado de salud percibido y ser de Magreb con la mayor probabilidad de utilizar estos servicios de salud y ser de China con una menor probabilidad de utilización. La irregularidad administrativa y el menor nivel de estudios se asociaron con una menor probabilidad de utilizar este nivel asistencial. El tiempo de estancia, el manejo del castellano y la situación laboral no se encontraron asociados a la utilización de los servicios de AP en el último año. En este estudio las dificultades para entender castellano y la probabilidad de utilizar los servicios de AP estuvieron asociadas en el análisis bivariante, pero no cuando otras variables fueron consideradas y, no se pudo hallar evidencia empírica, en ninguno de los análisis, que confirme la existencia de algún efecto significativo con el tiempo de estancia.

Los factores asociados a la utilización de los servicios de las urgencias hospitalarias entre los inmigrantes de China, Latinoamérica, Magreb y Senegal fueron el lugar de procedencia, el sexo y la salud percibida. Las diferencias en la probabilidad de utilización de los servicios de urgencia relacionadas con el lugar de nacimiento incluyeron, una

relación significativa positiva para las personas nacidas en Senegal. Ser mujer también se asoció a una mayor probabilidad de utilizar este nivel de atención al igual que el mal estado de salud percibido.

5.2. Relación de los resultados con otros estudios del contexto estatal e internacional

El lugar de nacimiento

El lugar de nacimiento se constata en este trabajo como un determinante de salud que se relaciona con el estado de salud, la utilización de los servicios de salud y con los conocimientos sobre el VIH. La importancia y magnitud del fenómeno migratorio desde el punto de vista de la salud poblacional ha dado lugar, tanto en el ámbito nacional como internacional, a diversos estudios sobre la relación entre el estatus migratorio y la salud, la mayoría de ellos centrado en la comparación de la población inmigrante con la población autóctona y han demostrado resultados poco consistentes (Kandula et al., 2004). Ello se debe en parte a la heterogeneidad de las procedencias y las fases migratorias, a lo que se añade el *efecto del inmigrante sano*, según el cual las personas recientemente llegadas de otros países muestran mejor estado de salud que las nativas, o por lo menor mejor de lo que se esperaría por sus condiciones socioeconómicas (De Maio, 2010). Hay evidencia de que incluso en su país de origen, la salud de estas personas es mejor que la del resto de la población, lo que parece indicar la existencia de un efecto de selección del trabajador sano entre las personas que emigran (Lu, 2008). Según la teoría del inmigrante sano, la salud en ellos se deteriora a medida que transcurre el tiempo de asentamiento en el país de acogida y con mayor rapidez entre las personas nativas, posiblemente como consecuencia de sus condiciones socioeconómicas más adversas (De Maio, 2010; Malmusi et al., 2010; Ronellenfitsch y Razum, 2004). En España, el aumento de la inmigración extranjera en los últimos años ha fomentado la realización de estudios que, en términos generales, han demostrado patrones de salud desiguales entre población autóctona y extranjera (García-Gómez y Oliva, 2009; Regidor et al., 2009). En este estudio, el lugar de nacimiento marcó diferencias en el estado de salud percibido, con una peor salud para las personas nacidas en Senegal y Magreb. Nuestros resultados son coincidentes con los estudios que, en los últimos años, concluyen que el lugar de nacimiento constituye otro eje de desigualdad que se relaciona con el estado de salud y, que además las diferencias en la salud están entre los diferentes grupos de inmigrantes e intentan aportar una explicación a las diferencias en la salud entre y dentro de los diferentes grupos de inmigrantes y minorías étnicas (Nielsen y Krasnik, 2010; Martín et al., 2012). Así, en USA, con una gran presencia de inmigración latinoamericana se describen

diferencias en salud, en relación a las personas nativas y a otras minorías étnicas, que apoyan la hipótesis de la relación entre las variables socioeconómicas y la salud, pero también destacan la importancia en esta relación de las variables culturales para explicar las diferencias en la salud percibida entre los diferentes grupos de inmigrantes y minorías étnicas (Finch y Vega, 2003; Domínguez y Maya-Jariego, 2008; Jerant et al., 2008). También, en otros estudios se ha visto que el nivel socioeconómico es una de las variables que ejerce mayor impacto sobre la salud percibida, aunque esto no es homogéneo en todos los grupos de inmigrantes, ni en todos los grupos étnicos, ni en todos los países y por ello se concluye con la necesidad de contemplar la participación de otros factores, entre los que se incluyen las situaciones de discriminación, las experiencias ligadas a la inmigración, el nivel de aculturación, o las diferencias en las características de los países de origen y de destino (Karlsen y Nazroo, 2002; Patiño y Kirchner, 2009; Nielsen y Krasnik, 2010; Lorant y Bhopal, 2011).

El lugar de nacimiento también marcó una probabilidad diferencial en la utilización de los servicios de salud. Para la utilización de los servicios de AP se encontró una relación significativa positiva para las personas nacidas en Magreb y negativa para las nacidas en China. Para la utilización de los servicios de Urgencias Hospitalarias, en este estudio, se encontró una mayor probabilidad de utilizar esta modalidad de atención entre las personas nacidas en Senegal, y una menor probabilidad para las personas procedentes de China.

Existe una amplia bibliografía sobre la influencia del lugar de nacimiento en la utilización de los servicios sanitarios, aunque las investigaciones realizadas han obtenido resultados heterogéneos e incluso contradictorios. En España, una mayor probabilidad de utilización de los servicios de AP, en las personas magrebíes se recoge en estudios llevados a cabo en Madrid (Regidor et al., 2009), País Vasco (Rodríguez et al., 2008b) y Cataluña (Muñoz et al., 2012).

Una mayor probabilidad de utilizar los servicios de AP se asoció a los inmigrantes africanos en el estudio llevado a cabo por Hernández y Jiménez (2008), realizado con una muestra amplia de la población extranjera en España procedente de las encuestas poblacionales de salud de las ediciones 2003 y 2006, con un análisis desagregado por origen geográfico. Sin embargo, el lugar de procedencia no mantuvo ninguna relación con la utilización de los servicios de AP, según las encuestas de salud de la Comunidad de Madrid de los años 2004 y 2005. Entre las razones que pueden explicar la disparidad de los resultados obtenidos, dentro de los estudios de ámbito estatal, se incluyen la heterogeneidad de las procedencias, ya que los inmigrantes analizados no proceden de las mismas regiones del mundo y la escasa representación de algunos colectivos de inmigrantes. Se ha intentado esclarecer las razones por las cuales se producen estas diferencias y si los factores económicos, sociales y culturales podrían explicarlas. Entre las explicaciones aportadas en los diferentes estudios, tanto de ámbito estatal

como internacional, se incluyen las características propias de cada colectivo, como las diferencias culturales en la concepción del proceso salud-enfermedad (Vall-Llosera et al., 2009; Saurina et al., 2010), el contexto socioeconómico, la situación legal, los factores relacionados con la provisión de los servicios de salud como las trabas administrativas y la accesibilidad general a los recursos sanitarios (Migration and Health, 2011). Las barreras culturales, idiomáticas y de organización de los servicios de AP, son también señaladas como posibles razones para explicar las diferencias encontradas en diferentes grupos de inmigrantes en España (García Gómez, 2007; Carrasco-Garrido et al., 2009; Hernández-Quevedo y Jiménez-Rubio, 2009; Muñoz de Bustillo y Antón, 2009). En el estudio realizado por Denktas et al., (2009) con los cuatro grupos de inmigrantes más numerosos en Holanda: marroquíes, turcos, surinameses y antillanos señalan el poder explicativo de variables relacionadas con la aculturación como la preferencia de utilizar los cuidados informales, por considerar que los servicios públicos no se adaptan a sus necesidades, o la preferencia hacia los cuidados de sus familiares. En Portugal, los trabajos de Días et al., (2011 y 2012) con inmigrantes procedentes de Asia, África, Latinoamérica y de Europa no comunitaria señalan como factores adicionales en la explicación de la desigual utilización de los servicios de AP, según el lugar de nacimiento, los comportamientos de salud, las experiencias previas sobre la enfermedad y los distintos modelos de los cuidados y de servicios de salud de sus países de origen. En todos los casos se recomienda la necesidad de seguir investigando sobre las causas por las cuales se produce esta desigual utilización de los servicios de AP según el lugar de nacimiento.

La atención en los servicios de urgencia hospitalaria en España, además de pública, es universal y es prestada independientemente de la nacionalidad, del tiempo de residencia y de la situación administrativa. Puede realizarse a cualquier hora, lo que permite la conciliación con los horarios de trabajo y reduce los trámites para obtener la atención lo que facilita la superación de las barreras idiomáticas, culturales y legales. En el contexto español, al igual que en este estudio, se ha encontrado una mayor probabilidad de uso de los servicios de urgencias hospitalarias entre las personas procedentes de África (Regidor et al., 2009; Sanz et al., 2011). Teniendo en cuenta las leyes que rigen el acceso a los servicios públicos de salud en España, el efecto que tiene el país de nacimiento, en la utilización de los distintos niveles de atención de los servicios de salud va más allá de las dificultades administrativas, lo que induce a pensar que es necesario contemplar otros factores para explicar estas diferencias.

El lugar de nacimiento marcó también diferencias en los conocimientos sobre el VIH. En el estudio, se constata que aún existe un importante desconocimiento sobre las vías de transmisión y prevención del VIH. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Ríos et al., (Ríos et al., 2009) en las personas inmigrantes procedentes de Magreb y Latinoamérica, el único estudio realizado en España sobre los conocimientos del VIH en población inmigrante, a pesar de que este tipo de estudios constituyen herramientas

importantes para el diseño de estrategias que mejoren la prevención, ya que vigilan las modificaciones en conocimientos, actitudes y prácticas de la población, proporcionando información adicional sobre la eficacia de las iniciativas adoptadas.

En general, las personas inmigrantes entrevistadas habían oído hablar del VIH, con la excepción de las procedentes de Senegal. El porcentaje de personas que identificaron correctamente todas las vías de transmisión fue bajo, apreciándose errores frecuentes en la adquisición de la enfermedad por compartir comida con una Persona Viviendo con VIH y Sida (PVVS) o en la vinculación del aspecto de la persona con la infección del VIH, estos errores se asociaron al lugar de nacimiento, encontrándose un mayor nivel de desconocimiento entre las personas de Senegal y China. Estos resultados coinciden, con los descritos en estudios realizados en Canadá, USA, Bélgica, Portugal y Reino Unido, con inmigrantes procedentes de África subsahariana y China, donde se describe un mayor desconocimiento sobre el VIH en estos grupos de inmigrantes, además de dificultades en el acceso a los cuidados de salud (Burns et al., 2007; Manirankunda et al., 2009; Gama et al., 2010; Yu et al., 2010; Amirkhanian, 2011). También en el informe de ONUSIDA (2005) sobre la situación de la epidemia, se señala que en 24 países del África subsahariana, entre los que se encuentra Senegal, existe un alto porcentaje de desconocimiento de los mecanismos de transmisión del VIH en personas jóvenes.

El mayor desconocimiento sobre los mecanismos de transmisión del VIH entre las personas inmigrantes procedentes de China, se recoge en el trabajo de Zhou (2011), en el que se señalan como razones explicativas, para ese desconocimiento, el bajo nivel de integración de los inmigrantes chinos en la sociedad de acogida y las estrechas relaciones que mantienen con el país de origen, que perpetúan las concepciones erróneas sobre la infección y el estigma asociado a las PVVS. La epidemia del VIH se ha configurado de formas diferentes en los distintos países, debido a que la introducción del VIH en cada lugar se ha producido en diferentes momentos y a través de distintos mecanismos de transmisión. En China, el VIH se propagó, fundamentalmente, entre las personas de las zonas rurales que vendían plasma sanguíneo ya que existía un mercado negro de compra venta de sangre aunque, en los últimos años se han registrado aumentos en la tasa de transmisión de la infección a través de las relaciones sexuales, y durante el embarazo. Además, hasta hace pocos años el Sida ha sido un tema tabú en China, y no es hasta el año 2002, cuando el gobierno reconoció que posiblemente había unas 750.000 PPVS en el país. Ese mismo año, el gobierno chino empezó a repartir gratuitamente antirretrovirales entre algunos grupos de PVVS. Además, China ha tardado en incorporar programas nacionales para frenar el avance de la enfermedad en el que se han incluido planes para llevar información sobre el VIH y Sida (Zhang et al., 2011), lo que explicaría el mayor desconocimiento del VIH entre las personas procedentes de China.

A pesar de que en este estudio, proceder de Latinoamérica actuó como factor de protección para los conocimientos inadecuados sobre los mecanismos de transmisión

del VIH, en comparación con resto de orígenes geográficos, no podemos obviar que en los resultados obtenidos en cada una de las preguntas realizadas sobre los mecanismos de transmisión, aparecen también entre las personas de este origen, altos porcentajes de concepciones erróneas sobre la transmisión por picadura de mosquito, de la madre embarazada al hijo y por compartir comida con la PVVS. Es conocido que, rechazar las principales ideas erróneas sobre la transmisión es tan importante como tener un conocimiento correcto sobre los verdaderos modos de transmisión (Informe Mundial de Avances en la Lucha contra el SIDA, 2012).

Así, vincular la transmisión del VIH con la picadura del mosquito o con el aspecto de la persona, debilitan por una parte, la motivación para adoptar comportamientos sexuales seguros, factores éstos que pueden resultar claves para explicar el aumento del número de infecciones por el VIH entre las personas inmigrantes. Por otra parte, el error de vincular la transmisión con compartir alimentos con una persona viviendo con VIH y Sida refuerza el estigma y la discriminación. Según Herek et al. (2002), las personas que son conscientes de que el contagio por contacto social es imposible, suelen tener menos actitudes negativas hacia las PVVS. La relación entre el VIH y Sida, y el estigma y la discriminación, lleva a muchas personas que están dentro de la norma social a no considerarse afectados por la infección y a seguir practicando comportamientos sexuales no seguros, promoviendo la propagación del VIH y además, contribuye a desalentar a las personas a realizarse las pruebas de detección por miedo a las repercusiones sociales. Esta situación, puede explicar, al menos en parte, el mayor retraso diagnóstico encontrado en las poblaciones inmigrantes. Los resultados obtenidos, ponen de manifiesto la necesidad de mejorar la formación y la información sobre las ITS y el VIH, así como sobre salud sexual en general en estos grupos poblaciones (Tori et al., 1993; Kulwicki y Cass, 1994).

También el lugar de nacimiento se asocia a un mayor riesgo de desconocimiento del enfoque ABC (Abstinent, Be faithful and use Condom) para la prevención del VIH, enfoque que ha sido adoptado por un gran número de gobiernos y organizaciones no gubernamentales. El ABC es el modelo de prevención del VIH que ha sido utilizado para las epidemias generalizadas y a pesar de los matices que con el tiempo se han ido incluyendo en el enfoque ABC, éste no ha estado exento de polémica y algunos países han expresado dudas acerca de su eficacia. En diferentes estudios se argumenta que el mensaje ABC no siempre ha sido bien difundido ya que no tiene en cuenta el contexto social, cultural y económico donde la desigualdad de género a menudo plantea dificultades a la hora de mantener la abstinencia, la fidelidad conyugal, o exigir el uso del preservativo por parte de las mujeres. Esto quedó demostrado en el estudio que examinó la comprensión de los diferentes componentes del ABC entre adultos de Kenya, donde la mayoría no pudo definir con claridad los conceptos, y en muchos casos se confundía la fidelidad con ser honesto (Cohen, 2004; Pulerwitz et al., 2006). Según la declaración realizada en The Lancet, la primera prioridad para las personas en alto riesgo

de exposición al VIH debe ser promover el uso correcto y consistente del preservativo, junto con otros métodos para evitar conductas o relaciones sexuales de alto riesgo. La literatura científica recoge que en muchos países, especialmente de África se ha puesto énfasis en la abstinencia y la fidelidad o la reducción del número de parejas, sobre el uso del preservativo, relegando éste a las poblaciones más expuestas al riesgo de infección, como son los hombres que tienen sexo con hombres, las personas usuarias de drogas inyectadas y los y las profesionales del sexo, lo que ha contribuido a la estigmatización de las PVVS y a la idea del bajo nivel de riesgo de la población no considerada como más expuesta (Snelling, 2007; Bertens, 2008; Hong, 2009; Castillo-Mancia, 2012). La divulgación de estas informaciones explicaría las deficiencias en el conocimiento de las tres estrategias de prevención del enfoque ABC encontrada en este estudio y además puede explicar el mayor riesgo de desconocimiento del preservativo como método de prevención, hallado entre los inmigrantes de Senegal.

Históricamente, la epidemia en China ha estado concentrada en determinados grupos de población, principalmente personas UDVP y campesinos que fueron víctimas de la venta ilegal de sangre en las zonas rurales, lo que contribuyó a la extensión del VIH y Sida en el país (Liu et al., 2006; Li et al., 2010). Posteriormente la infección del VIH se transmitió vía sexual del área rural a las grandes ciudades. Actualmente, si bien la transmisión parenteral continúa representando una parte importante de las transmisiones del VIH en el país (ONUSIDA, 2011), la proporción de infecciones que tienen lugar por contacto sexual ha ido en aumento (Ministerio de Salud de China y Grupo Temático de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA en China, 2004). Factores tales como las altas tasas de infección de VIH entre las y los trabajadoras del sexo, las bajas tasas de uso de preservativos durante las relaciones sexuales comerciales, y las altas tasas de infección por enfermedades de transmisión sexual han favorecido la transmisión heterosexual en China (Yang et al., 2005). Así, tal y como sugieren varios estudios (Chen, et al., 2000; Moh, 2003), la transmisión sexual, unida al aumento de las ITS, podría haber sido el puente que ha conectado a las poblaciones en riesgo con la población general, en lo que respecta a la expansión de la infección por el VIH. Sin embargo, los programas preventivos en general, han sido dirigidos hacia grupos considerados de riesgo, lo que ha dificultado que los programas de prevención del VIH lleguen de manera efectiva al conjunto de la población (Li et al., 2010). El ocultismo y el estigma y la discriminación asociado a la infección del VIH y Sida han sido el gran obstáculo en la eficacia de los programas de prevención del VIH y Sida en China (Valdiserri, 2002; Parker y Aggleton, 2003; Lee et al., 2005; ONUSIDA, 2011) y que explicaría el mayor riesgo de desconocimiento del preservativo como método de prevención, hallado entre los inmigrantes de China.

La procedencia de Latinoamérica también, en este estudio, supuso un mayor riesgo de conocimientos inadecuados sobre la prevención del VIH, pero a diferencia de las personas del resto de los orígenes, el preservativo fue señalado como método de prevención por

casi la totalidad de las personas entrevistadas y no lo fueron la abstinencia y la fidelidad. Estos resultados son coincidentes con los referidos en los estudios llevados en USA, con personas inmigrantes procedentes de Latinoamérica que, señalan un mayor riesgo de infección en estos grupos frente a otros (Hidalgo et al., 2000; Stock et al., 2001; Moreno Rodríguez, et al., 2004; Arnal y Llario, 2006; Carrera-Fernández, et al., 2007; Teva, et al., 2009). Este mayor riesgo se ha asociado a una menor información sobre la prevención del VIH, a la menor edad de inicio en las relaciones sexuales, al mayor número de parejas y al uso inconsistente del preservativo (Peragallo et al., 2002; Levy et al., 2005; Prado et al., 2006). Este mayor riesgo, también, ha podido constatar en España donde en el año 2010, el 38,4% de los nuevos diagnósticos de VIH se realizaron en las personas nacidas en otros países, y de estos el 21,4% correspondieron a personas procedentes de Latinoamérica (Vigilancia Epidemiológica, 2011). Nuestros resultados confirmarían la influencia que el desconocimiento de los métodos de prevención tiene sobre las infecciones por el VIH.

Los determinantes socioeconómicos

En el estudio de las desigualdades sociales en salud, diversas investigaciones tanto en el ámbito internacional (Mackenbach, 2006) como estatal (Fernández y Schiaffino, 2003; Borrell y Benach, 2006), han demostrado su relación con la posición socioeconómica, con conclusiones coincidentes acerca de la mejor salud entre las personas de clase social más aventajada y mayor nivel de estudios e ingresos. Las medidas de posición socioeconómica más utilizadas incluyen el nivel educativo, la clase social basada en la ocupación y el nivel de ingresos. En este trabajo no se obtuvo suficiente tasa de respuesta para el conjunto de las preguntas sobre la relación laboral con la empresa, la categoría laboral, y el sector de actividad que permiten determinar la clase social, ni para el nivel de ingresos. De ahí que en este estudio, solo se pudo incluir el nivel de estudios como indicador de posición socioeconómica; además en el estudio se incluyeron como variables sociodemográficas: el sexo, la edad, la situación laboral, la situación administrativa, el tiempo de estancia y el conocimiento del castellano.

Para el nivel de salud en este estudio, cuando se controló el efecto de las variables mencionadas, se identificó ser mujer, las edades mayores y el desempleo con la mala salud percibida. Además desapareció la relación entre la mala salud percibida y ser de Magreb y se redujo un 30% el riesgo de mala salud en las personas procedentes de Senegal.

En el estudio de las desigualdades de género, diversas teorías tratan de explicar la relación de los diferentes roles de la mujer y su estado de salud, e indican que el desempeño de cada rol puede tener tanto efectos beneficiosos como dañinos sobre la salud, en función de las características del propio rol, la combinación concreta que de

ellos se haga y el contexto socioeconómico (Canadian Institute for Health Information, 2003). Dentro del fenómeno migratorio, en la actualidad, las mujeres constituyen casi la mitad del total de las personas inmigrantes y, predominan en los flujos que se dirigen a los países de Norte (PNUD, 2009; Caritas, 2012). Aunque las mujeres siempre han formado parte de las migraciones internas e internacionales, el desplazamiento actual se caracteriza por el incremento de las mujeres que inician el proyecto migratorio de forma individual. El peor estado de salud percibido de las mujeres, inmigrantes o no, está ampliamente aceptado en la literatura. En el caso de la mujer inmigrante las razones que explican según se recoge en la literatura la peor salud percibida incluyen: la mayor vulnerabilidad debido a unas condiciones de vida más adversas, los roles de género, la pérdida de soporte socio-familiar, los nichos laborales más desvalorizados socialmente en los que se inserta y la doble discriminación a la que está sometida, por su condición de mujer y de inmigrante (Ahmed et al., 2007; Aroian et al., 2008; Rodríguez et al., 2008b; Williams y Mohammed, 2009).

La relación entre el desempleo y el empeoramiento de la salud, así como la pérdida de asociación entre proceder de Magreb y la reducción en un 30% el riesgo de mala salud en las personas procedentes de Senegal resultan relevantes, ya que en este estudio, los mayores porcentajes de desempleo fueron referidos por las personas de Magreb y Senegal. La relación entre el desempleo y el mal estado de salud ha sido abordada en la literatura científica estatal e internacional, con resultados coincidentes con los encontrados en esta tesis. A nivel internacional, el estudio longitudinal sobre la relación entre la salud y el desempleo en inmigrantes alemanes entre los años 1984 y 1992 con población empleada y desempleada realizado por Elkeles y Seifert (1996), mostró que los inmigrantes desempleados sufrían de más problemas de salud y manifestaban una peor salud que los desempleados alemanes, esta relación se mantuvo después de ajustar por la edad, el género y el nivel de educación. En España, a partir de los resultados obtenidos en el proyecto Inmigración, Trabajo y Salud (ITSAL), sobre las condiciones de empleo y trabajo y su relación con la salud en diferentes grupos de inmigrantes, se identifica la influencia de la precariedad laboral y social en la salud física y social (Aguledo et al., 2009b; Porthé et al., 2007;2010). Las experiencias de discriminación, de maltrato, las limitaciones para insertarse en otros tipos de trabajo y la presencia de riesgos laborales son también identificadas en los trabajos llevados a cabo en el marco del proyecto ITSAL (García et al., 2009). También, según sus resultados los trabajadores y trabajadoras inmigrantes irregulares, son los que presentaban una precariedad laboral más extrema, con mayores consecuencias tanto en su vida laboral como social (Aguledo et al., 2010; Benach et al., 2010). Además, refieren que las cuestiones de salud laboral y prevención de riesgos laborales ocupan entre las personas inmigrantes, un lugar bastante secundario, pues la necesidad de trabajo, en las condiciones que sea, predomina inicialmente sobre cualquier otra consideración (Porthé et al., 2009).

En estos últimos años, España como otros países del entorno, se ha visto afectada por una crisis económica internacional y la población inmigrante es uno de los grupos más afectados. La literatura internacional coincide en expresar una preocupación sobre los efectos que puede tener la crisis económica en la salud de la población (Catalano, 2009; Dávila Quintana y López-Valcárcel, 2009; Stuckler et al., 2009). De acuerdo con las cuestiones planteadas, se podría pensar que en el contexto de la crisis económica el aumento de la temporalidad, la precariedad laboral y el trabajo irregular pueden producir un empeoramiento de la salud y la calidad de vida de muchos trabajadores y trabajadoras. Sin embargo, la evidencia científica sobre el impacto que la crisis económica puede tener sobre la salud, en esta población es muy escasa. En relación a la asociación encontrada solo en las mujeres, entre las dificultades para entender el idioma del país de acogida y la mala salud percibida, ésta asociación también ha sido referida en un estudio en Canadá, donde las desigualdades de género eran evidentes también en el acceso al mercado laboral (Pottie et al., 2008).

Para la utilización de los servicios de salud, al controlar el efecto de las variables sociodemográficas, resultan significativas para una mayor probabilidad de utilizar los servicios de AP ser mujer, las mayores edades, y para una menor probabilidad de utilizar este nivel asistencial proceder de Senegal y China, la irregularidad administrativa y el menor nivel de estudios. El tiempo de estancia, el manejo del castellano y la situación laboral no se encontraron asociadas a la utilización de los servicios de AP en el último año. Para la utilización de los servicios de Urgencias hospitalarias se mantuvieron la mayor probabilidad de uso para las personas nacidas en Senegal y la menor probabilidad para las nacidas en China.

La existencia de desigualdades en el acceso a los servicios de AP en la población inmigrante, queda patente en este estudio con el hallazgo de que la irregularidad administrativa se asocia a una menor probabilidad de utilizar los servicios de AP, en un país en el que desde año 2000 se han aprobado diversas medidas en el ámbito sanitario, y destinadas a fomentar la igualdad en salud y en el acceso a los servicios sanitarios de toda la ciudadanía, tanto inmigrante como autóctona. Navarro y Benach (1996), comenzaron a plantear que la universalización de la atención sanitaria no garantiza el acceso igualitario a los servicios sanitarios por parte de todos los colectivos sociales, ya que la mera elegibilidad no implica una utilización igualitaria de dichos servicios, ni significa que exista un nivel común en las prestaciones recibidas. Nuestros resultados concuerdan con este planteamiento, ya que en todos los modelos de análisis para determinar los factores asociados a la utilización de los servicios de AP, solamente se incluyeron a las personas que refirieron tener Tarjeta Individual Sanitaria (TIS), que es el documento personal que da acceso formal a este nivel asistencial. A pesar de ello, y según los resultados obtenidos, la situación administrativa irregular se asocia con una menor probabilidad de utilizar los servicios de AP.

En la revisión de la literatura realizada, tanto nacional como internacional, se encuentran resultados heterogéneos, e incluso, contradictorios sobre la influencia que la situación administrativa ejerce en la utilización de los servicios de AP. Estas diferencias son explicadas por una parte, por las diferentes normativas que regulan el acceso a la salud en los países europeos y a los recientes cambios producidos en materia de legislación sobre la reducción o restricción total, en algunos países, de los derechos de cobertura sanitaria a las personas en situación de irregularidad administrativa. En primer lugar, en cuanto a las diferencias en las normativas de acceso a la salud dentro de la UE, señalar que la atención sanitaria es competencia de los Estados y no existe una normativa común que defina los derechos de los inmigrantes en situación administrativa irregular. La atención médica a las personas inmigrantes irregulares, ha sido objeto de debate en la mayoría de los países europeos, en una discusión en la que se enfrentan, por una parte, los argumentos del coste para los servicios sanitarios y el control de la inmigración irregular, y por otra parte, los referidos a los derechos de las personas y la protección de la salud pública. Como resultado de estos debates, los Estados europeos han adoptado diferentes políticas y algunos han modificado sus posiciones en las últimas décadas, bien hacia una mayor apertura o bien, al contrario, hacia un cierre de los servicios de salud públicos a los inmigrantes irregulares. La gran diversidad de los derechos a la asistencia sanitaria concedida a los inmigrantes irregulares en toda la UE queda reflejada en varios documentos (Cuadra y Cattacin, 2011; Migration and Health, 2011). Los países en los que las personas inmigrantes en situación de irregularidad administrativa, no tienen ningún tipo de derechos a la atención sanitaria pública son: Bulgaria, República Checa, Finlandia, Irlanda, Latvia, Luxemburgo, Malta, Rumanía. Mientras en Alemania, Austria, Chipre, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, Estonia, Grecia, Hungría, Lituania, Polonia, y Suecia, las personas inmigrantes irregulares tienen garantizados derechos mínimos de acceso a los cuidados de la salud, incluidos los servicios de urgencias hospitalarias. El Reino Unido tiene un sistema bastante específico que deja que los médicos generalistas acepten o no la inscripción de las personas en situación irregular en su centro para tener acceso gratuito a la atención primaria, pero el sistema no prevé ningún tipo de cobertura para la atención especializada u hospitalaria fuera de la atención inmediatamente necesaria. Por último, países como España, Bélgica, Francia, Italia, Países Bajos y Portugal mantienen prácticamente los mismos derechos a la atención sanitaria que para las poblaciones nativas. Los recientes cambios en materia de legislación en varios países europeos, han dado lugar a mayores restricciones legales en el acceso a la atención sanitaria para las personas inmigrantes en situación administrativa irregular, institucionalizando como eje de desigualdad la situación administrativa de las personas. Así, Francia y Reino Unido han reducido la cobertura sanitaria a estos grupos, Alemania y Grecia dejan fuera del sistema sanitario a los inmigrantes irregulares, salvo en caso de emergencia o cuando los pacientes son menores de edad. Grecia prohíbe formalmente, bajo riesgo de pena de cárcel, a las

entidades públicas, incluidos los centros de salud y hospitales, proporcionar servicio de atención sanitaria a estos grupos de personas. En Alemania todos los funcionarios públicos tienen la obligación de denunciar a las personas sin permiso de residencia y, aunque los médicos están excluidos, tienen que remitir información sobre el caso a los servicios sociales para poder cobrar su asistencia, y son estos servicios sociales los que denuncian al inmigrante. En Italia, el Gobierno trató en 2008 de derogar el artículo que prohibía a los profesionales sanitarios denunciar a inmigrantes sin permiso de residencia cuando buscaran atención sanitaria, aunque finalmente la propuesta en el año 2009 fue rechazada.

Así puede que esta falta de definiciones claras en las normas, que delimitan y modifican restringiendo el tipo de servicios sanitarios al que tienen derecho los inmigrantes irregulares, y la rápida difusión de las informaciones, más o menos ajustadas a la realidad, sobre los cambios en las normativas de atención sanitaria pueden explicar la infrautilización o las diferencias en la utilización de los servicios de AP entre la población inmigrante. Estudios realizados en USA, Reino Unido, Portugal y España, con normativas tan diversas en cuanto al acceso a la salud, han referido una menor utilización de los servicios de AP en los inmigrantes irregulares, condicionados por el temor a verse rechazados, denunciados y/o expulsados de país (Sutcliffe, 1996).

En el caso concreto de España, creemos que la precariedad laboral puede ser un factor clave en el hecho de que, en este estudio, la irregularidad administrativa disminuya la probabilidad de utilizar los servicios de AP, cuando se tiene un acceso formal a dichos servicios, aunque, en este estudio, la situación laboral no apareciera asociada con la probabilidad de utilización de los servicios de AP. Algunos autores (Regidor et al., 2009; Llosada et al., 2012) también encuentran diferencias en la accesibilidad efectiva a los servicios sanitarios, tanto en los diferentes grupos de inmigrantes, como en las diferentes Comunidades Autónomas, planteando como posibles explicaciones a estas diferencias, el complejo entramado administrativo que da acceso a los servicios de salud, las extensas jornadas laborales como consecuencia de contratos laborales precarios y los problemas de integración social. En este estudio, la irregularidad administrativa era alta, en algunos de los grupos estudiados, especialmente entre las personas procedentes de Senegal, lo que explicaría la identificación de Senegal con una mayor probabilidad de utilización de la AP cuando se controló el efecto de las variables sociodemográficas.

Creemos al igual que otros autores (Porthé et al., 2009; Calderón-Larrañaga et al., 2011) que en un sistema como el español, en el que los precios monetarios directos son cero, los costes indirectos de acceso a la atención de salud, como son los tiempos de desplazamiento y de espera, así como los permisos que deben solicitarse al empleador, pueden estar siendo importantes determinantes en la demanda de la consulta de AP, ya que generarían una amenaza, más o menos explícita de pérdida del puesto de trabajo, si se acude a un centro sanitario en horas de trabajo o si hace efectiva una baja laboral

por enfermedad. En el ámbito estatal e internacional, se ha abordado también el estudio de las consecuencias negativas que tiene el retraso en la búsqueda de asistencia sanitaria sobre la salud pública, sobre los costos asociados a largo plazo y, por supuesto, las implicaciones éticas que suponen estas desigualdades en el acceso a los servicios de salud (Heldal et al., 2008, Lopez-Velez et al., 2008; Rousseau et al., 2008).

La utilización de los servicios de AP también se ha relacionado en diversos trabajos con el nivel de estudios, el tiempo de estancia y el conocimiento del idioma. En algunos trabajos, se concluye que tener un nivel de estudios alto, un tiempo elevado de estancia, y conocer el idioma del país de acogida predisponen a la utilización de este nivel asistencial (Lebrun y Dubai, 2012). En otros estudios, sin embargo, un peor nivel de formación determina una mayor probabilidad de frecuentación (Vall-Llosera et al., 2009) y el tiempo de estancia, o bien no tiene influencia o, tiene una influencia diferente según el colectivo estudiado (Rodríguez et al., 2008a). En este estudio las dificultades para entender castellano y la probabilidad de utilizar los servicios de AP estuvieron asociadas en el análisis bivalente, pero no cuando otras variables fueron consideradas y, no se pudo hallar evidencia empírica, en ninguno de los análisis, que confirme la existencia de algún efecto significativo con el tiempo de estancia. Esta falta de efecto podría estar relacionado con el tamaño de la muestra, la juventud y el corto tiempo de estancia en España. Respecto a la relación entre el nivel de estudios y los servicios de AP, en este trabajo los resultados confirman que el menor nivel de estudios disminuye la probabilidad de utilizar este nivel de atención, claramente constatado en el análisis bivalente y menos claro en el multivalente que podría deberse más a razones metodológicas, como el tamaño de la muestra, que a razones reales.

La utilización de los servicios de urgencia hospitalaria en España, según el estudio realizado por Llosada Gistau et al. (2012), en Barcelona, con el objetivo de conocer desde el punto de vista de los profesionales de la salud, cómo acceden y utilizan los servicios sanitarios los distintos colectivos de inmigrantes, concluyen que los profesionales sanitarios atribuyen el mayor uso de las urgencias hospitalarias al acceso tardío a los servicios sanitarios, a la poca continuidad asistencial en los servicios de AP y a una serie de factores relacionados con la precariedad económica y con la inclusión social. El estudio de López Rilo (2009), encuentra que la utilización de estos servicios entre las personas inmigrantes, es más frecuente entre las ocho de la tarde y las ocho de la mañana, lo cual se atribuye a que es el horario más factible que tienen las personas inmigrantes para consultar un problema de salud, sin tener que modificar su actividad laboral. Los factores culturales, que incluyen experiencias previas en los países de origen ligadas a sistemas de salud, con redes de atención primaria muy débiles, y una concepción de la salud-enfermedad basada en la medicina curativa, la cual está garantizada en nuestro sistema sanitario por el acceso a los servicios urgentes, han sido apuntados por algunos autores (Garaikoetxea, 2007; Vázquez Navarrete, 2009; Cabria et al., 2010). El

tiempo de estancia, según Rodríguez et al., explica parte de estas diferencias, donde los primeros años de estancia en el país de destino, siendo las personas procedentes de África Subsahariana las que tienen una mayor probabilidad de utilizar los servicios de atención urgente, en comparación con otros grupos de inmigrantes (Rodríguez et al., 2008a). La mayor precariedad laboral de las personas inmigrantes procedentes de Senegal, con altos porcentajes de trabajadores en la venta ambulante irregular y también con un mayor porcentaje de irregularidad administrativa (60,3%), son factores que pueden explicar la mayor probabilidad para utilizar una atención sanitaria sin requisitos legales, ni horarios, como son los servicios de atención urgente hospitalaria, al reducirse el miedo a ser denunciado o a no cumplir con las expectativas laborales.

Para los conocimientos inadecuados sobre el VIH, tras controlar por las variables sociodemográficas se mantuvieron las asociaciones con el lugar de procedencia y se identificó el menor nivel de estudios, la irregularidad administrativa y las dificultades para entender castellano. Las dificultades para entender el castellano también se asoció a un mayor riesgo de desconocer el lugar en el que realizar la prueba diagnóstica del VIH. Ser mujer también resultó asociado a un mayor riesgo de conocimientos inadecuados sobre las medidas de prevención y del lugar en el que realizar la prueba diagnóstica del VIH.

En la literatura se han identificado factores sociales, económicos, culturales y legales que aumentan la vulnerabilidad a la infección por el VIH entre inmigrantes y minorías étnicas limitando el acceso a la información, prevención, pruebas, asesoramiento y apoyo en el país de destino, manteniéndose la información adquirida en sus países de origen. Los factores sociales incluyen el estigma, la falta de apoyo de la comunidad, el aislamiento, el racismo y la discriminación. Los factores económicos incluyen el menor nivel de estudios y el desempleo. Los factores culturales incluyen las barreras idiomáticas, la religión, las creencias culturales sobre la salud y el VIH, los roles de hombres y mujeres en la conducta sexual, las actitudes hacia la homosexualidad, y la baja percepción de riesgo de infección (García de Olalla, 2012). Los factores legales incluyen la falta de derecho a los servicios de salud para inmigrantes indocumentados en algunos países, y el temor de que la condición de persona VIH afectará negativamente, la condición jurídica o los procesos de solicitud de residencia (Romero-Ortuño, 2004).

El mayor desconocimiento entre las mujeres sobre los métodos de prevención del VIH y, especialmente entre las mujeres de Magreb, visibiliza su posición desigual en relación a los aspectos preventivos de la infección. Esta posición desigual, resultado de las relaciones de poder entre hombres y mujeres limita la capacidad de negociar el uso del preservativo, e impiden o dificultan a las mujeres no sólo acceder a la información, sino también tomar decisiones referentes a su salud sexual y poner en práctica las opciones preventivas. A las desigualdades relacionadas con el género, hay que añadir la vulnerabilidad biológica ya que en las relaciones heterosexuales la mujer es casi cuatro veces más vulnerable a la infección por el VIH que el hombre, y también porque las ITS, que actúan como co-factores de la

infección por el VIH, son más frecuentemente asintomáticas y no tratadas en la mujer que en el hombre, lo que debilita la mucosa vaginal permitiendo la entrada del virus. La mayor vulnerabilidad de las mujeres, tanto en sus aspectos biológicos como sociales ofrece las claves para explicar el aumento porcentual de mujeres inmigrantes que viven con el VIH (Krishman, 2008; Hong, 2009; Gagnon, 2010).

El hecho de que en este estudio ser mujer aumente el riesgo de desconocer el lugar en el que realizar la prueba diagnóstica del VIH, sigue evidenciando la mayor vulnerabilidad de las mujeres inmigrantes, así como a la existencia de barreras estructurales en el acceso a la prevención del VIH (Bertens, 2008; Krishnan, 2008; Hong, 2009). En el estudio de Aerny Perreten et al., (2009) sobre la salud y sus determinantes en la población inmigrante de la comunidad de Madrid detectan una menor adherencia a las actividades preventivas que podría estar reflejando la influencia de la oferta de servicios sanitarios a estos grupos poblacionales, además de las concepciones de salud en los países de origen. Nuestros resultados confirman que las mujeres inmigrantes recibieron en menores porcentajes que los hombres de su mismo origen consejo sobre el Sida en la consulta de Atención Primaria.

Según los resultados de este estudio, el mayor riesgo de ideas erróneas sobre la transmisión del VIH que suponen las dificultades con el idioma y la irregularidad administrativa, puede ser explicado debido a las dificultades de integración social. De acuerdo con las evidencias existentes, poder hablar el idioma del país de acogida es una condición indispensable para la participación social y la autonomía personal, ya que la lengua no solo permite la comunicación, sino también los conocimientos sociales y culturales necesarios para cualquier proyecto de integración. Por otra parte la irregularidad administrativa, estrechamente relacionada con la precariedad laboral, conduce a las personas inmigrantes a entrar en un mercado laboral todavía más precario, con menor nivel salarial y mas dificultades para ejercer sus derechos, que influye en sus condiciones de vida y genera dificultades de integración, e incluso aislamiento social (Río Benito et al., 2003; Plá et al., 2004). Estas dificultades de integración social derivadas de los problemas con el idioma y de la situación administrativa ejercerían su efecto sobre la infección del VIH, limitando el acceso a la información, a la prevención, a la realización de la prueba diagnóstica, al asesoramiento y al apoyo en el país de destino, lo que permitiría mantener en el tiempo la existencia de ideas erróneas acerca de la infección por el VIH, adquiridas en el país de origen (Sinding, 2005; Castillo, 2006; Mahajan, 2008; Meiberg 2008; Fakolade, 2010; Gama et al., 2010; Sullivan, 2010). Compatible con esta hipótesis es la falta de asociación, encontrada en este estudio, entre el tiempo de estancia y los conocimientos inadecuados sobre la transmisión del VIH.

Está ampliamente aceptado, que el retraso en el diagnóstico tiene consecuencias negativas tanto para la persona como para la comunidad. Las personas que no conocen su diagnóstico, no pueden beneficiarse del tratamiento, lo que aumenta en ellas el

riesgo de morbilidad y de mortalidad, además de ser el origen de la infección de otras personas. Según las estimaciones del Ministerio de Sanidad, Consumo y Política Social, un 54% de las nuevas infecciones por el VIH que se producen, es en personas que no sabían que estaban viviendo con el VIH. Este problema tiene implicaciones, también, en términos económicos ya que el coste del tratamiento y del cuidado de las personas no diagnosticadas de forma temprana es mayor. Según ONUSIDA (Informe Mundial de Avances en la Lucha contra el SIDA, 2012.), el acceso universal a las pruebas del VIH y, al tratamiento inmediato con antirretrovirales podría reducir en un 95% las nuevas infecciones en los países de epidemia concentrada. En Diciembre de 2010, el European Centre for Disease Prevention (ECDC, 2010) publicó un documento-guía con el objetivo de informar sobre el proceso de desarrollo, la monitorización y la evaluación de las estrategias nacionales para la realización de la prueba del VIH en los países de la UE. En muchos países europeos como en el Reino Unido, Francia, España e Italia, la prueba del VIH es voluntaria y gratuita (Castilla et al., 2006; Delpierre et al., 2007). En el momento de la realización de la encuesta, en España la prueba rápida del VIH se podía llevar a cabo tanto en los Centros de Atención Primaria, como en los Centros de Planificación Familiar y en los Centros de Enfermedades de Transmisión Sexual de forma gratuita, voluntaria y confidencial a todas las personas, autóctonas o inmigrantes, independientemente de su situación administrativa.

Según los datos suministrados del Plan Nacional del Sida en España, existe una mayor prevalencia de diagnóstico tardío entre las personas heterosexuales, especialmente en hombres, en personas inmigrantes, en personas mayores de 40 años y en personas con bajo nivel de formación y en riesgo de exclusión social (SEISIDA, 2012). En el estudio realizado en la Comunidad de Madrid sobre los casos de Sida entre los años 2005 y 2010, en personas nacidas tanto en España como fuera se encuentran diferencias significativas en el retraso diagnóstico según el lugar de nacimiento (Cevallos et al., 2011). El retraso diagnóstico es considerado cuando transcurren 12 meses o menos entre el diagnóstico de VIH y el desarrollo de alguna enfermedad indicativa de Sida. El hecho de que en este estudio, aparezca como factor de riesgo de desconocimiento del lugar en el que realizar la prueba, las dificultades para entender castellano corrobora la necesidad de que las campañas de prevención del VIH y Sida se lleven a cabo desde la participación de las propias poblaciones tanto en el diseño, como en la ejecución y en la evaluación de las actividades preventivas, fomentando la participación de educadores de pares, agentes comunitarios y mediadores interculturales. Incorporar un planteamiento social y cultural a fin de adaptarse a la diversidad real de las representaciones, de los estilos de vida, de las costumbres sexuales, las expresiones lingüísticas y de las condiciones de vida cotidiana de las personas permitirían poder modificar comportamientos.

En relación a los conocimientos sobre el VIH, además de la influencia que pueden tener las características de la población, en este estudio se incluyeron como variables de

ajuste haber oído hablar sobre las ITS, haber recibido consejo sanitario en los servicios de Atención Primaria sobre SIDA y la variable resumen de conocimientos inadecuados sobre la prevención del VIH.

La capacidad explicativa de las ITS sobre los conocimientos del VIH está ampliamente aceptada (Ochoa Soto, 2003; Guerra Prada, 2009). En nuestro estudio al ajustar por esta variable se comprueba que no haber oído hablar de las ITS aumenta el riesgo de conocimientos inadecuados sobre la transmisión, la prevención y sobre el lugar en el que realizar la prueba diagnóstica del VIH. La importancia de llevar a cabo intervenciones formativas, que incluyan las ITS y el VIH y Sida ha sido ampliamente recomendada desde que la infección del VIH fue considerada una ITS y por lo tanto vinculada al comportamiento sexual humano (Marks et al., 2006; Menoyo et al., 2006).

La influencia que ejerce el no haber recibido consejo sanitario sobre Sida en la consulta de Atención Primaria, sobre el conocimiento del lugar en el que realizar la prueba diagnóstica, confirma la existencia de problemas de comunicación en el espacio sanitario. Las barreras en la comunicación, se han descrito como un importante factor que dificulta el acceso a una atención sanitaria adecuada, y estas barreras no sólo son de carácter idiomático, sino también socioeconómico y cultural (Scheppers et al., 2006). Diversos trabajos europeos, realizados en el marco de la infección por el VIH y Sida con población inmigrante, señalan que las dificultades con el idioma normalmente lleva a que se acuda a los servicios de salud acompañado, bien de familiares o bien de amistades, que hace aumentar el temor de que se vea comprometida la confidencialidad de la prueba, que derivaría en la pérdida del apoyo de la comunidad, con el consecuente rechazo y aislamiento social. Este temor es especialmente elevado cuando las personas inmigrantes dependen de una pequeña comunidad de apoyo y es la pérdida de confidencialidad una de las principales razones señaladas por las personas inmigrantes para no hacerse la prueba del VIH (Meiberg et al., 2008; Carnicer-Pont, 2009; Manirankunda et al., 2009; Fakolade et al., 2010; Sullivan 2010). Según los resultados referidos por diversos autores (Burns, 2007; Sudarshi, 2008), en la respuesta a la infección por el VIH y Sida las barreras en la comunicación, están suponiendo oportunidades perdidas, no solo para aumentar el nivel de conocimientos sobre la transmisión y prevención del VIH y Sida, sino también, para la realización de la prueba diagnóstica, resultados también referidos por la OMS (OMS, 2005).

España cuenta con un Sistema Nacional de Salud que garantiza el acceso universal a la atención en salud, y sus leyes reconocen el derecho a la atención de la población inmigrante, independientemente de su situación administrativa. Además, la Atención Primaria se considera el lugar idóneo para optimizar tanto el consejo sobre el Sida, como el diagnóstico simplificado (García San Miguel et al., 2009). La APS es el primer nivel asistencial, y prácticamente el 95% de las personas acuden en alguna ocasión en un plazo de cinco años. Además, su naturaleza longitudinal proporciona múltiples

oportunidades para que profesional médico y de enfermería realicen consejo sanitario e intervengan a lo largo del tiempo sobre los factores de riesgo y los estilos de vida en la población general. Ningún otro nivel asistencial está en mejor disposición para poder valorar el estado de salud del individuo en su globalidad y decidir con él en qué momento actuar y cuáles son las medidas prioritarias en cada situación particular. En España, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), puso en marcha en 1986 el PAPPs: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud, con el fin de orientar y facilitar la integración de las actividades preventivas y de promoción de la salud en la práctica clínica, entre las que se encuentra el consejo sanitario sobre el Sida. Si tenemos en cuenta el alto porcentaje de personas inmigrantes entrevistadas que habían utilizado los servicios de AP, se evidencia que sólo el hecho de acceder a este nivel asistencial, no es suficiente para reducir las desigualdades en los conocimientos sobre la prevención del VIH y Sida, y en el lugar en el que realizar la prueba diagnóstica. En un estudio en EE.UU., 3.150 pacientes diagnosticados tarde de su infección por VIH habían acudido como media 2,5 veces a algún servicio sanitario, en los seis años previos a la realización de la prueba de VIH (CDC, 2006). En USA se está instaurando este cribado de forma generalizada y en Europa existen recomendaciones a favor de la normalización de la prueba de VIH y otras medidas para reducir el diagnóstico tardío de la infección (Delpierre et al., 2007). En España, la recomendación actual para hacer el diagnóstico de la infección por VIH es el cribado mediante la detección de anticuerpos en individuos potencialmente expuestos. Según esto, los profesionales deben preguntar a sus pacientes sobre la conducta sexual y el uso de drogas por vía parenteral, además de dar consejo asistido. Además en Atención Primaria se realizan la mayor parte de las serologías de VIH de España por lo que, entre otras razones, sería el lugar idóneo para introducir modificaciones para mejorar el abordaje de esta epidemia (García San Miguel et al., 2009). En otros contextos, como en el control del embarazo, esta práctica se ha realizado sin mayores problemas (Branson et al., 2006; Brewster, 2007).

Los determinantes psicosociales y de discriminación

A pesar de la capacidad explicativa que aportan los factores materiales sobre las desigualdades en salud, algunos y algunas autoras consideran que dichos factores no son suficientes para explicar su origen y reproducción (Bacigalupe y Martín, 2007). Esto ha derivado en el desarrollo de perspectivas que enfatizan la importancia de considerar otros factores, como los psicosociales, donde los conceptos de apoyo social y capital social son esenciales para la interpretación de las desigualdades en salud. El primero de ellos, definido como el conjunto de recursos provisto por otras personas o la información que conduce a los individuos a pensar que son queridos, cuidados, estimados y valorados, así como pertenecientes a una red social de comunicación y mutua obligación (Stansfeld,

1999), ha sido relacionado con la mortalidad y la enfermedad física y mental (Berkman y Syme, 1979; Kawachi et al., 1996). Por su parte, el capital social, que es definido como el conjunto de redes, normas y valores compartidos que facilitan la cooperación en los grupos (OECD, 2000), también ha sido relacionado con la salud percibida (Hyypää y Mäki, 2001; Veenstra et al., 2005), al menor uso de fármacos (Soler- González et al., 2008) y a una menor mortalidad (Kawachi et al., 1997).

Compartiendo la tesis de que la mejora de la salud depende del acceso a los recursos materiales y de la capacidad de beneficiarse de los mismos, determinado habitualmente por las relaciones sociales de las que dispongan las personas, en este estudio se exploró la importancia del apoyo social y la discriminación percibida en los espacios en los que las personas desarrollan su vida (social, educativo y sanitario) con el estado de salud percibido y la importancia de la discriminación en la utilización de los servicios de salud.

En este trabajo, se constató que la falta de apoyo social se asocia a una peor salud percibida, resultando además la diferencia en el efecto del tamaño estadísticamente significativa en las mujeres (interacción de bajo apoyo social y sexo). Además, la inclusión de la variable de apoyo social, afectó a la relación entre el nivel de estudios y el estado de salud, ya que identificó como factor de riesgo de una peor salud el menor nivel de estudios, manteniéndose el resto de las significaciones.

Para medir el apoyo social, se utilizó la escala de Duke, que mide aspectos cualitativos y funcionales de los apoyos y no tanto el número y la extensión de la red de apoyo. En la mayoría de los estudios realizados con inmigrantes, se estudia el apoyo social y su relación con la salud mental. En ellos, el apoyo social se ha visto asociado a un mayor riesgo de depresión y ansiedad, estrés crónico y enfermedades físicas relacionadas con el estrés (Syed et al., 2006). El apoyo social se ha visto que condiciona además la asociación entre el nivel económico y la aparición de problemas emocionales (Fone et al., 2007) especialmente en las poblaciones inmigrantes. En los trabajos realizados en Bélgica con inmigrantes marroquíes (Levecque et al., 2007; 2009; De Wit et al., 2008), se concluye que la sintomatología ansiosa quedaba totalmente explicada por la precariedad económica, mientras que el riesgo de síntomas depresivos permanecía tras el ajuste por el nivel de renta y se asociaba más con la falta de apoyo social. En el estudio realizado en el País Vasco con inmigrantes marroquíes (Rodríguez et al., 2009) encuentran que las peores puntuaciones en las dimensiones físicas y emocionales de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) y el mayor riesgo de síntomas de ansiedad/depresión de los inmigrantes marroquíes quedaban parcialmente explicadas por el efecto del bajo apoyo social percibido y la insatisfacción con la vida social. Son menos numerosos, los trabajos que abordan el efecto del apoyo social en el estado de salud percibido en inmigrantes, y entre ellos destacan los realizados por Lindstrom et al., (2001), Lorant et al., (2008). Nuestros resultados son coincidentes con los descritos por dichos autores, que describen que la mala salud en los inmigrantes se reducía tras controlar por las

condiciones económicas y señalan el valor explicativo del apoyo instrumental y del apoyo emocional en el estado de salud percibido. En este sentido, creemos que las relaciones sociales, junto con la posición económica, pueden colocar a las personas en posiciones sociales con mayores dificultades y menores posibilidades en sus condiciones de vida, es decir, generar impedimentos en la igualdad de oportunidades, con las consecuencias que ello tiene en la salud. Así, en el caso de las personas inmigrantes con dificultades de integración económica, social y cultural, se ven inmersas en un proceso estructural que no favorece su estado de salud y bajo condiciones de trabajo que no contribuyen a protegerla.

El mayor riesgo de mala salud percibida en las mujeres ante el bajo apoyo social, ha sido relacionado en diversos estudios con el proyecto migratorio, tanto individual como de reagrupación familiar, debido a que aumentan el riesgo del aislamiento y/o dependencia de la pareja, y del adecuado soporte socio-familiar (Juliano, 2000). Además, en diversos trabajos se incluyen como factores estresores adicionales, el esfuerzo que tiene que realizar la mujer inmigrante en el reajuste de su papel como transmisora de la cultura y, de los valores en el proceso de adaptación y enculturación de sus hijos (Iglesias, 2003).

A pesar de la evidencia acumulada en la literatura sobre la relación entre el estado de salud y el nivel de estudios, en nuestros resultados, esta relación aparece después de eliminar el efecto de las variables sociodemográficas y del apoyo social sobre el estado de salud. Estos resultados pueden explicarse por las características específicas de la población inmigrante, ya que el proceso migratorio, en general, se relaciona con la pérdida de status social, la privación material, la inseguridad económica, la discriminación, la ruptura del soporte social y una inclusión en el mercado laboral independiente del nivel de estudios (Gálvez Herrer, 2011). Es evidente entonces, que la red social está amortiguando la vulnerabilidad personal o social de las personas inmigrantes, asumiendo parte de la provisión del apoyo y de la información sobre el funcionamiento y el acceso a los diversos recursos en la nueva sociedad. Según los resultados obtenidos en este estudio, el mayor nivel de estudios es el que puede añadir facilidades a las personas en la búsqueda de empleo y de acceso a los recursos económicos y sociales que les permitan evitar o minimizar las consecuencias negativas que la falta de red social o el bajo apoyo social tienen para la salud.

Estrechamente relacionadas con la falta de apoyo social, las actitudes discriminatorias percibidas en el país de acogida se ha visto que ejercen también un impacto evidente sobre el estado de salud percibido (Gee et al., 2006; Paradis, 2006). Los resultados en salud como efecto de las experiencias del racismo y/o discriminación se han estudiado fundamentalmente a través de la salud mental (Liang y Kim, 2004; Gee et al., 2006) y sus efectos en la salud física se han estudiado, a través de las enfermedades cardiovasculares (Wyatt et al., 2003) o de la presión arterial (Brondolo et al., 2003). Existen pocos estudios sobre la repercusión en la salud de la discriminación tanto a nivel *macro*, referido a las

formas estructurales de la discriminación, como a nivel micro midiendo la discriminación percibida (Krieger et al., 2005), aunque en todos se ha relacionado la discriminación con peores indicadores de salud física y percibida. En nuestro país prácticamente no hay estudios al respecto, destacando el realizado por Pantzer et al., (2006), basado en la discriminación percibida por parte de adolescentes autóctonos e inmigrantes. En su estudio, los autores concluyen que la inmigración en sí misma no tiene un efecto negativo sobre la Calidad de Vida Relacionada con la Salud y que ésta se asocia con la edad, el nivel socioeconómico, la discriminación y el apoyo social. En Reino Unido el estudio de Nazroo (2003), concluye que la discriminación percibida se asocia a una mayor probabilidad de tener mala salud percibida y que esta relación es independiente del nivel socioeconómico y de la clase ocupacional, lo cual implica que las tres están operando simultáneamente en el desarrollo de las desigualdades en salud.

En nuestro estudio también se ha podido constatar que haber percibido discriminación aumenta la probabilidad de tener mala salud percibida, resultando además, la diferencia en el efecto del tamaño mayor en las mujeres (interacción de discriminación percibida y sexo). Después de controlar por la discriminación percibida, se mantuvieron las significaciones de ser mujer, la mayor edad, el bajo nivel de estudios, estar desempleado, tener bajo apoyo social y aumentó el riesgo de mala salud para los nacidos en Senegal.

Los resultados hallados en esta tesis, respecto al mayor efecto de la discriminación percibida en las mujeres son coincidentes con los aportados en diferentes estudios que explican un peor perfil de salud física y mental en las mujeres, independientemente de su país de origen, por las experiencias de discriminación, tanto sistémica como interpersonal, en este caso en su doble condición de mujer y de inmigrante (Williams, 2002; Ahmed et al., 2007; Gil-Gonzalez et al., 2007; Aroian et al., 2008; Williams y Mohammed, 2009). Además, la literatura recoge un mayor riesgo de infradeclaración de las experiencias de discriminación en las mujeres, debido a una interiorización de su posición de subordinación que le hace asumir como merecido el trato injusto (Williams, 2002), lo que estaría incidiendo en los resultados encontrados. Los mayores porcentajes referidos de discriminación percibida, en este estudio, estaban entre las mujeres procedentes de Magreb y las personas nacidas China y los menores porcentajes entre las nacidas en Senegal, lo que permitiría explicar en éstas, el aumento del riesgo de mala salud percibida, después de ajustar por la discriminación percibida. Las investigaciones realizadas en España, por el Colectivo IOE (2003 y 2009) sobre las experiencias de acoso y discriminación, han puesto de manifiesto que para muchas personas las experiencias de racismo interpersonal son parte de la vida cotidiana y, que ésta se ve limitada por el temor a la discriminación y al hostigamiento racial. Los datos que ofrece la primera Encuesta de Población Inmigrante en Euskadi (EPIE, 2010) indican que un 19,6% de la población de origen extranjero mayor de 16 años ha vivido en el País Vasco experiencias relacionadas con estas cuestiones. En un 6,5% de los casos, estas experiencias de racismo, xenofobia,

rechazo o marginación son calificadas como graves por las personas interesadas. Según las mismas fuentes, las personas procedentes del Magreb destacan por ser las que han sufrido más problemas de maltrato, rechazo (46,8%) y de insultos racistas o xenófobos (37,3%). También, destacan por ser el grupo de inmigrantes al que en mayor proporción se le vincula con actividades delictivas o socialmente reprobadas y, claramente diferenciados de otros grupos de inmigrantes por lo que se considera el problema religioso. Además, en el contexto de crisis actual, está produciendo un deslizamiento de la opinión pública hacia posiciones más desfavorables respecto a los inmigrantes. En 2010, el 43% de los españoles apoyaba la repatriación de migrantes en caso de aumentar el paro de larga duración; además, crecen los indicadores de islamofobia como el desacuerdo con la construcción de mezquitas y el apoyo a la exclusión de los centros escolares de las alumnas con hidjab (el 49% en ambos casos). Las opiniones calificadas como reacias respecto a la inmigración también crecieron a raíz de la crisis económica (del 30-32% entre 2003 y 2005 al 37% en 2007-2010) mientras que las calificadas como tolerantes retrocedieron (del 35% al 33% en 2010) (Informe OBERAXE, 2011).

Diversos estudios señalan que la discriminación a nivel institucional influye en las oportunidades económicas que tienen las personas, así como la calidad de los servicios sociales y de salud que reciben (Karlsen y Nazroo, 2002; Borrell et al., 2008; Williams y Mohammed, 2009). Uno de los roles que debe de desempeñar cualquier sistema sanitario para la reducción de las desigualdades en salud y la promoción de la equidad, es el de responder apropiadamente a las necesidades de salud de los diversos grupos sociales. En España, cuando se diseñaron las organizaciones sanitarias, tal y como hoy las conocemos, nadie pudo llegar a imaginar la posibilidad de coexistencia en ella de diferentes tradiciones y prácticas culturales. Tampoco en el pasado, ni políticos ni profesionales sanitarios, tuvieron que afrontar los dilemas que plantea la libertad cultural. Hoy, conocer las características y las problemáticas de la atención sanitaria a la población inmigrante, se ha convertido en una inquietud para profesionales e investigadores en nuestro país (Vázquez-Villegas, 2006), fundamentalmente en los servicios de atención primaria como puerta de entrada a los servicios sanitarios. También ha existido desde las autoridades sanitarias, una cierta preocupación por redefinir las políticas sanitarias en pro de la equidad y por adaptar los servicios a colectivos que no responden a los patrones estándares para los cuales fue diseñada, y que plantean demandas y necesidades específicas (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2007). Desde los profesionales de la salud, una de las cuestiones demandadas ha sido la necesidad de intervención de las autoridades sanitarias en la sobrecarga de la demanda asistencial, particularmente en los Centros de Atención Primaria de aquellos barrios que presentan un mayor número de población inmigrante, dado que, puede llevar a un deterioro de las condiciones asistenciales y por tanto, a una sensación de competencia por recursos escasos en contextos de por sí desfavorecidos que puede constituirse

en caldo de cultivo para el surgimiento y desarrollo de actitudes de rechazo hacia la población inmigrante. Afrontar este reto según los estudios realizados requeriría reajustar los recursos humanos y financieros, particularmente en el ámbito de la AP, para compensar aquellas zonas que han visto incrementadas su población en un corto espacio de tiempo (Ramos et al., 2003).

Ya dentro del encuentro médico, éste no puede considerarse como un elemento neutro y aislado, sino que forma parte de una interacción social compleja. El encuentro con el y la paciente, inmigrante o no, está caracterizado por una relación social no igualitaria de personas con diferentes expectativas, experiencias, conocimientos y poderes, donde el entendimiento mutuo es necesario para que esta interacción sea beneficiosa y satisfactoria. Vázquez- Navarrete (2009) recoge la existencia de prejuicios e ideas preconcebidas por parte de los profesionales de AP, en relación con los esfuerzos y el tiempo de consulta que les supone la atención a las personas inmigrantes, frente a las autóctonas y que influyen negativamente en su conducta durante el proceso de atención. Algunos autores también ha recogido la falta de capacidad o de formación de los profesionales sanitarios en el abordaje de las diferencias culturales en las consultas médicas (Fuertes y Martín, 2006; Vázquez-Villegas, 2006).

La experiencia recogida en países con mayor tradición en inmigración como son los Países Bajos, Reino Unido y USA, indica que el comportamiento de los proveedores de salud ante los diferentes grupos de inmigrantes o minorías étnicas tiene consecuencias en las desigualdades en salud. Estos comportamientos incluyen unas atenciones no basadas en la persona, sino en la percepción general que se tiene del colectivo al que pertenece (Van Ryn, 2002; 2003; Burgess, 2008) y unas limitadas capacidades de relación y de comunicación, con una menor empatía e información del profesional de salud, y una menor participación del paciente en la toma de decisiones (Cooper, 2006). En Portugal, al igual que en España, la población inmigrante, independientemente de su situación administrativa, tiene acceso al sistema de salud en las mismas condiciones que la población autóctona. Los estudios realizados en ese país (Dias et al., 2011b; 2012) con trabajadores de los Centros de Atención Primaria revelan que un tercio de ellos desconocía la legislación que regula el acceso de los inmigrantes a los servicios de salud. Además, el personal de la administración de los servicios de salud mostró actitudes más negativas que los profesionales de la salud, y dentro de estos, los de mayor edad y los que tenían menos contacto diario con las personas inmigrantes tenían actitudes más negativas. También las personas que participaron en el estudio, evaluaron sus conocimientos y competencias para trabajar con los inmigrantes como moderada o baja y, consideraban como barreras su bajo nivel de formación en habilidades socioculturales, en los procedimientos burocráticos complejos y la falta de intérpretes. En este sentido, la OMS (OMS, 2002) reconoce la necesidad de sensibilizar y capacitar a los profesionales de la salud acerca de la atención sanitaria como derecho humano, haciendo hincapié en

la ausencia de discriminación, y acerca de la forma de abordar este asunto en todas sus dimensiones en la práctica clínica diaria.

Algunos autores en Europa (Karlsen y Nazroo, 2002) y EEUU (Krieger, 2005) han manifestado la necesidad de explorar como repercuten los comportamientos discriminatorios de los proveedores de salud en el estado de salud y en la utilización de los servicios sanitarios, por parte de la población inmigrante y de las minorías étnicas. Sin embargo, la investigación no está exenta de una problemática que también es metodológica. Algunos estudios concluyen que no hay homogeneidad entre los instrumentos utilizados para recopilar información relativa a experiencias de racismo o discriminación, ya sea individual o institucional. La ausencia de un desarrollo de herramientas metodológicas capaces de extraer una información válida y fiable sobre este factor de riesgo dificulta gravemente la capacidad de testar hipótesis de investigación. Estas dificultades, pueden explicar la disparidad en los resultados obtenidos sobre el efecto que la discriminación percibida en el ámbito sanitario, tiene en la utilización de los servicios de salud. Así en algunos trabajos se encuentra la discriminación percibida asociada a una menor utilización de los servicios de salud (Burgess et al., 2008; Bhopal, 2009; Bhopal et al., 2010) incluida la atención preventiva (Trivedi et al., 2006), con una menor realización de pruebas diagnósticas para la prevención para el cáncer de mama, cérvix, próstata y colon (Hausmann et al., 2008). En otros estudios, sin embargo relacionan la discriminación con una mayor utilización de los servicios de AP, debido a una menor calidad en la atención y a los problemas de comunicación que conduce a la no satisfacción de las necesidades de salud y como consecuencia a repetir las consultas de AP (Bhopal, 2009; Spencer, 2010).

Asumiendo que la discriminación no es el único factor explicativo de las desigualdades en la utilización de los servicios de salud, si creemos que representa un determinante importante en la utilización de ellos. De ahí, que en este estudio se explorara la influencia que la discriminación percibida tiene en la predisposición a utilizar los servicios de salud, en los diferentes grupos de inmigrantes estudiados. Después de controlar el efecto de la discriminación percibida en el ámbito sanitario, se constató que haberla percibido aumentaba la probabilidad de utilizar los servicios de AP. Además la inclusión de esta variable afectó a la relación entre ser de Magreb con la utilización de los servicios de AP, haciendo perder las significaciones positivas. En este estudio, los mayores porcentajes de discriminación percibida, fueron referidos por las personas procedentes de China y las mujeres de Magreb. Nuestros resultados son coincidentes con los estudios que relacionan la discriminación con una mayor utilización de los servicios de AP. En el contexto del encuentro clínico, la discriminación percibida, genera problemas de comunicación y desconfianza con los profesionales (Garaikoetxea, 2007; Terraza et al., 2010). Así, una comunicación efectiva, es decir oportuna, precisa, completa y comprendida por quien la recibe se ha demostrado como un elemento esencial para proporcionar una atención

de calidad, para garantizar una mayor seguridad en el paciente y para disminuir el número de consultas (Murphy et al., 2010; Ramírez Arias et al., 2011). En Holanda, trabajos realizados sobre las diferencias en la comunicación del personal médico de AP entre personas autóctonas e inmigrantes (turcos, marroquíes y surinameses), encuentran que las consultas con inmigrantes fueron más cortas, la actitud médica verbalmente más dominante y las decisiones menos informadas (Meeuwesen et al., 2006; 2009). En España la información recogida en diversos estudios de corte cualitativo, desde la perspectiva de las personas inmigrantes, valoran la atención y el trato recibido como distante, indiferente, en ocasiones hostil, con escaso contacto visual y sin el grado de acercamiento, confianza, empatía y sensibilidad que ellos consideraban necesario en la consulta (Garaikoetxea, 2007; Cabria et al., 2010; Terraza-Núñez, 2011).

Teniendo en cuenta que los problemas de comunicación en la consulta médica se extienden más allá de las dificultades lingüísticas, creemos, a falta de más información que lo confirme, que la discriminación referida por las personas que integraron el estudio, puede enmarcarse, en gran medida, dentro de estos problemas de comunicación, que generarían sentimientos de discriminación y darían como resultado la repetición de consultas y explicaría la mayor probabilidad de utilización de los servicios de AP cuando la discriminación es percibida. Entre las personas procedentes de Magreb, creemos que la discriminación percibida puede explicar parte de la mayor probabilidad de utilizar los servicios de AP, ya que después de controlar por esta variable desapareció la significación estadística. Diversos estudios recogen mayores sentimientos de desconfianza y menor nivel de aceptación hacia las personas inmigrantes magrebíes en los países de destino, respecto a otros grupos de inmigrantes (Observatorio Europeo del Racismo y la Xenofobia, 2006; Ikuspegi, 2007; 2009; Bruess, 2008), lo que confiere a este colectivo una mayor vulnerabilidad (Ember et al., 2004; Lamkadden et al., 2008; Saura et al., 2008). Esta mayor vulnerabilidad desembocaría en mayores problemas de comunicación y mayor grado de desconfianza en la consulta médica, lo que llevaría a necesidad de repetir las consultas médicas, hasta llegar a resolver el problema de salud (Reijneveld et al., 1998; 2000; Stronks et al., 2001; Uiters et al., 2006).

El efecto de la discriminación afectó de forma diferencial según el lugar de nacimiento, según los resultados obtenidos en este estudio. De hecho, entre las personas procedentes de China, también con altos porcentajes referidos de discriminación percibida, se mantuvo la significación para una menor probabilidad de utilizar los servicios de AP. Son escasas las referencias en la literatura internacional, e inexistente en la nacional, sobre el acceso, la utilización, la percepción y la satisfacción que las personas inmigrantes chinas tienen sobre los servicios de salud de los países de destino. Las evidencias científicas muestran en general una menor utilización de los servicios de AP en este colectivo. En Canadá encuentran que entre los inmigrantes chinos, combinar la medicina tradicional china con la medicina occidental es una práctica habitual, lo que podría explicar la menor utilización

de los servicios de AP (Lai y Chappell, 2007). Aroian et al., (2005) recogen una menor utilización de dichos servicios por factores que incluyen los problemas relacionados con la comunicación, tanto lingüística como cultural, los largos tiempos de espera necesarios hasta conseguir una consulta médica y la desconfianza en la medicina occidental. En el estudio de Liu et al., (2007) se concluye que los inmigrantes chinos tienen una baja satisfacción con los servicios de AP, debido entre otras a razones culturales. Nuestros resultados son coincidentes con los descritos por dichos autores, en cuanto a la menor utilización de los servicios de salud, y a falta de más información, podríamos suponer que también en España las personas inmigrantes chinas estén combinando ambos enfoques médicos para resolver sus problemas de salud. Aunque queda sin resolver cuales son los factores que conducen a tomar dichas decisiones. Profundizar en esta línea de investigación podrá contribuir al conocimiento sobre las desigualdades en el acceso a los servicios de salud.

A partir de los resultados de este estudio, consideramos que sería necesario profundizar en las razones por las cuales el efecto de la discriminación no es homogéneo en todos los grupos de inmigrantes estudiados. Razones sociales y culturales creemos que pueden estar incidiendo en este comportamiento diferencial.

Además de la influencia que pueden tener las características de la población y de los proveedores de la salud, para capacitar o predisponer el acceso efectivo a los servicios de salud, en este estudio se incluyó como variable de ajuste la necesidad de atención, medida a través del estado de salud percibido. La capacidad explicativa de esta variable, en la utilización de los servicios de salud, está ampliamente aceptada en la literatura (Idler, 1997; Oviedo-Joekes, 2005). En nuestro estudio, al ajustar por esta variable de necesidad, se comprueba que el mal estado de salud percibido aumenta la probabilidad de utilización de los servicios de AP, manteniéndose sin cambios las asociaciones del modelo anterior, incluidas las diferencias según el lugar de nacimiento. El poder explicativo del estado de salud percibido, como variable de necesidad, para la utilización de los servicios de AP, es coincidente con multitud de estudios que muestran su relación con la utilización de los servicios de salud.

Los resultados del estudio permiten afirmar que la necesidad de salud, medida en este estudio mediante la salud percibida, es una variable importante en la predicción de la utilización de los servicios de salud, aunque, existen otros factores de no necesidad, como el lugar de nacimiento, ser mujer, la irregularidad administrativa o la percepción de discriminación, que predicen la utilización y, nos indican que la igualdad formal de acceso de los inmigrantes al sistema sanitario, es un requisito necesario pero insuficiente para reducir las desigualdades en salud. Aunque la literatura recoge que los servicios sanitarios, en sí mismos, contribuyen muy poco a la generación de las desigualdades en salud, si esta documentado que un menor acceso a los servicios de salud y menor calidad de los mismos para los grupos sociales menos favorecidos puede repercutir en

unas peores consecuencias de los problemas incidentes en la salud y bienestar (OMS, 2003; Propuesta de políticas e intervenciones, 2012).

5.3. Limitaciones y fortalezas

El estudio expuesto en este trabajo de tesis doctoral presenta una serie de limitaciones. En primer lugar, se ha basado en un diseño transversal, lo que no permite inferir la relación causal, si bien permite describir las desigualdades entre los grupos de inmigrantes estudiados.

En segundo lugar, respecto a la representatividad de la muestra, existe un potencial sesgo de selección, debido a la utilización de un muestreo no aleatorio, que no garantiza la representatividad de los colectivos de inmigrantes, en especial, en lo que se refiere al análisis descriptivo y bivariante. Se llevaron a cabo diferentes estrategias para minimizar este sesgo, con el objetivo de incluir la máxima heterogenidad de personas a entrevistar. Las estrategias incluyeron: la administración de cuestionarios en diferentes lugares y en diferentes momentos del día, la realización de un sobremuestreo, para permitir el análisis según el origen geográfico, y mediante; el uso de entrevistadores del mismo país de origen de los entrevistados. Esta última medida mejoró la tasa de respuesta ya que permitió la inclusión de las personas con dificultades con el idioma, y redujo el potencial sesgo de información en las preguntas sobre el VIH y SIDA, en relación a los prejuicios sociales.

Otra limitación de este estudio que es necesario considerar es la relacionada con la naturaleza retrospectiva de algunas variables, lo que plantea la posibilidad de un sesgo de memoria, como ocurre por definición en todos los estudios basados en encuesta. Por otra parte, el limitado tamaño muestral resultante al considerar el lugar de nacimiento y la baja tasa de respuesta en algunas variables, como las referentes al nivel socioeconómico (relación laboral con la empresa, categoría laboral, el sector de actividad y el nivel de ingresos) ha limitado su control en el análisis multivariante como factores de confusión.

También, el pequeño tamaño muestral impidió la realización de los análisis desagregados por sexo que permitieran una mejor comprensión de las desigualdades de género. Esta limitación trató de minimizarse con la introducción de términos de interacción entre el sexo y las variables independientes, que permitiera analizar las diferencias en la magnitud del efecto. Estas diferencias se constataron en la salud percibida, con un mayor riesgo de mala salud en las mujeres ante el bajo apoyo social, la percepción de discriminación y las dificultades para entender el castellano. Finalmente otra limitación de este estudio está en el hecho de no haber contado con datos de la población autóctona que permitiera determinar las desigualdades en salud según el lugar de nacimiento.

Este trabajo presenta como fortaleza haber utilizado información basada en la encuesta de salud realizada a la población inmigrante que vive en el País Vasco. En España, la presencia de grupos étnicos diferentes al autóctono no ha comenzado a ser socialmente significativa hasta que la inmigración se ha asentado de forma estable; de ahí que en las encuestas de salud, tanto estatal como autonómica, la población inmigrante tenga un peso muy pequeño y su heterogeneidad no suele estar bien representada. El tamaño de la muestra suele ser escaso en relación a la heterogeneidad de la población inmigrante, lo cual dificulta la obtención de información precisa sobre las características particulares de algunos colectivos de inmigrantes y además no se incluyen variables que resultan relevantes en la población inmigrante. En este estudio, sin embargo, si se ha podido disponer de variables no incluidas en las encuestas poblacionales de salud y de gran relevancia en el estudio de las desigualdades en salud como son la situación administrativa, el tiempo de estancia y el conocimiento del idioma del país de acogida. Por lo tanto, a pesar de sus limitaciones, este estudio proporciona una valiosa información sobre las desigualdades en salud según el lugar de nacimiento y sus principales determinantes en los inmigrantes procedentes de China, Latinoamérica, Magreb y Senegal que viven en el País Vasco.

5.4. Líneas futuras de investigación

A partir de los resultados obtenidos en esta tesis se abren diversas líneas futuras de investigación, basadas en la generación de conocimientos que permitan alcanzar el principio de equidad en salud y en la utilización de los servicios de salud, y que tengan su respuesta en la implementación de políticas para la reducción de las desigualdades en salud contemplando la perspectiva de género. Así, se plantea como necesario trabajar en diversas líneas:

La primera de ellas es la de continuar realizando las encuestas poblacionales periódicas con el objetivo de obtener perfiles epidemiológicos de las comunidades de inmigrantes, según el lugar de nacimiento en la que se recopilen datos sobre el estado de salud y sus determinantes sociales y el uso de los servicios sanitarios. Las encuestas de salud son recursos de primer orden para conocer el estado de salud de las poblaciones y evaluar su desarrollo, y en el caso de las poblaciones inmigrantes, es necesario incluir nuevas variables como son el grupo étnico, el origen rural/urbano, el tipo de proyecto migratorio, los conocimientos del idioma, la situación administrativa (empadronamiento, TIS, permiso de residencia/ trabajo), la percepción de trato discriminatorio, presencia y composición de las redes de apoyo (inmigrantes/autóctonos), el tiempo de estancia, el nivel de renta, etc.). Estos datos resultan ser especialmente relevantes para la monitorización de las necesidades en salud de la población inmigrante.

Otra de las líneas de investigación futura hace referencia a la necesidad de identificar los contextos sociales, económicos y culturales de los diferentes grupos de inmigrantes sobre los determinantes de salud, las formas de expresión de la enfermedad y de cuidados a los pacientes, mediante técnicas cualitativas. Esta información supondrá un avance importante en la generación de conocimientos para el desarrollo de programas de prevención y promoción de la salud en estos grupos, que permita incrementar su nivel de salud y reducir las desigualdades en el entorno sanitario.

Finalmente otra de las áreas de gran interés en el momento actual de crisis económica la constituye la influencia, que en las poblaciones inmigrantes tendrá la crisis económica sobre los determinantes de salud, con un previsible impacto diferencial en la salud de hombres y mujeres. Igualmente se plantea el estudio del efecto que tendrá la entrada en vigor del Real Decreto-ley 12/2012 en el que se han restringido los derechos de atención sanitaria a las personas inmigrantes.

CONCLUSIONES

1. El lugar de nacimiento se constata en este trabajo como un determinante de salud y constituye otro eje de desigualdad que se relaciona con el estado de salud, la utilización de los servicios de salud y con los conocimientos sobre el VIH y SIDA. Las diferencias en salud están presentes en los diferentes grupos de inmigrantes.
2. El perfil asociado a una mayor desventaja en salud incluye ser de Senegal, ser mujer, el bajo nivel de estudios, estar desempleado, tener bajo apoyo social y haber percibido discriminación. Los resultados encontrados destacan la importancia de los determinantes estructurales e intermedios, como el apoyo social y la discriminación percibida, en las diferencias del mal estado de salud percibido. Las políticas dirigidas a reducir las desigualdades sociales en salud deben considerar estos ejes de desigualdad de forma que tengan una menor capacidad para determinar las oportunidades de disfrutar de una buena salud.
3. Se constatan desigualdades de género en el estado de salud, con peores resultados para las mujeres. La mayor vulnerabilidad de las mujeres se apreció en el efecto del bajo apoyo social, la percepción de discriminación y el desconocimiento del idioma del país de acogida. Teniendo en cuenta, que la salud depende no solo del acceso a los recursos materiales, sino también, de la capacidad de beneficiarse de los mismos, determinado, en parte, por las relaciones sociales de las que dispongan las personas, la perspectiva de género debe de estar a la vanguardia de las acciones de salud pública dirigidas a las poblaciones inmigrantes.
4. Existen importantes deficiencias en los conocimientos sobre las vías de transmisión, prevención y del lugar en el que hacer la prueba diagnóstica del VIH y Sida entre los inmigrantes estudiados, especialmente entre las mujeres y las personas nacidas en Senegal y China. En el espacio sanitario, los problemas de comunicación, no solo de carácter idiomático, sino también socioeconómico y cultural suponen oportunidades perdidas, no solo para aumentar el nivel de conocimientos sobre la transmisión y prevención del VIH y Sida sino también para la realización de la prueba diagnóstica.
5. Las guías clínicas deben adaptarse a las necesidades específicas de los diferentes grupos de inmigrantes y en ellas integrar la perspectiva de género. En el caso de la infección del VIH y Sida, permitiría, aumentar la percepción de riesgo, reducir el

estigma y la discriminación y mejorar la accesibilidad y aceptabilidad de la prueba del VIH y por tanto a reducir el número de infecciones y el retraso en el diagnóstico en estas poblaciones.

6. Existen variaciones en la utilización de los servicios de salud, tanto para los servicios de atención primaria, como para los de las urgencias hospitalarias en los grupos de inmigrantes estudiados. Esto corrobora la necesidad de que desde los proveedores de salud se diseñen e implementen estrategias de búsqueda de grupos que no contactan con el sistema de salud y para mejorar los resultados en salud.
7. Se evidencia inequidad en el acceso a los servicios de salud ya que la necesidad de utilización de los servicios de salud, medida en este estudio mediante la salud percibida, resultó importante para predecir su utilización, pero otros factores de no necesidad, como la irregularidad administrativa y la discriminación percibida, también resultaron predecir su utilización. Comprobamos, por lo tanto, que la universalización de la atención sanitaria, aunque es un requisito necesario, resulta insuficiente para garantizar la equidad en el acceso a los servicios de salud en los diferentes grupos de inmigrantes. Aunque los factores sociales que están determinando el uso los servicios de salud no son los únicos que explican las desigualdades en salud, si deben de ser tenidos en cuenta en las políticas que se implementen para su reducción.

BIBLIOGRAFÍA

- Acevedo-García D, Panb J, Juna H, et al. 2005. The effect of immigrant generation on smoking. *Social Science & Medicine*.61:1223-1243.
- Acuerdo de Schengen. 2004. Ministerio del Interior de España, Secretaría General Técnica. Disponible en: <http://www.interior.gob.es/extranjeria-28/acuerdo-de-schengen-90>.
- Adler N, Rehkopf D. 2008. United States disparities in health: descriptions, causes, and mechanisms. *Annual Review of Public Health*. 29:235-252.
- Aerny Perreten N, Ramasco Gutiérrez M, Cruz Maceín JL, et al. 2010. La salud y sus determinantes en la población inmigrante de la Comunidad de Madrid. *Gaceta Sanitaria*. 24(2): 136-144.
- Agudelo-Suarez AA, Gil-González D, Ronda-Pérez E, et al. 2009a. Discrimination, work and health in immigrant populations in Spain. *Social Science & Medicine*. 68(10): 1866-1874.
- Agudelo-Suarez AA, Ronda Pérez E, Gil González D, et al. 2009b. Proceso migratorio, condiciones laborales y salud en trabajadores inmigrantes en España (Proyecto ITSAL). *Gaceta Sanitaria*. 23 (1): 115-121.
- Agudelo-Suarez AA, Benavides FG, Felt E, et al. 2010. Sickness presenteeism in Spanish-born and immigrant workers in Spain. *BMC Public Health*. 10: 791-794.
- Ahmed SR, Myers HF, Ullman J, et al. 2007. Perceived racism, psychological and behavioral functioning: culturally relevant moderators in Arab American adolescents. Doctoral Dissertation. Wayne State University. *Dissertation Abstracts International*. 68(4): 2634.
- Alonso Moreno FJ, Garcia Bajo MC, Lougedo Calderón MJ, et al. 2004. Prevalence of tuberculosis infection among immigrants in the Toledo Health District. *Revista Española de Salud Pública*. 78(5):593-600.
- Ambrosini M, Barone C. 2007. Employment and working conditions of migrant workers. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Disponible en: <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/studies/tn0701038s/>
- Amirkhanian YA, Kuznetsiva AV, Kelly JA, et al. 2011. Male labour migrants in Russia HIV risk behaviour levels contextual factors, and prevention needs. *Journal of Immigrant Minority Health*. 13: 919-28.
- Arango J. 2004. La inmigración en España a comienzos del siglo XXI. In J. Maldonado (Ed.).Informe sobre la situación demográfica en España. España: Fundación Fernando Abril Martorell. 161-186.
- Arnal B, Gil Llario MD. 2006. La sexualidad en niños de 9 a 14 años. *Psicothema*. 18(1): 25-30.
- Aroian KJ, Hough ES, Templin TN, et al. 2008. Development and Psychometric Evaluation of an Arab Version of the Family Peer Relationship Questionnaire. *Research in Nursing and Health*.33: 426-440.
- Bacigalupe A, Martín U. 2007. Las desigualdades sociales en la salud de la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco: la clase social y el género como determinantes de la salud. Vitoria-Gasteiz: Ararteko.

- Ball K, Crawford D. 2005. Socioeconomic status and weight change in adults: a review. *Social & Science Medicine*. 60:1987-2010.
- Barker DJ, Clark PM. 1997. Fetal undernutrition and disease in later life. *Review of Reproduction*. 2: 105-112.
- Barra E. 2004. Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*. 14: 237-243.
- Bartley M, Plewis I. 2002. Accumulated labour market disadvantage and limiting long-term illness. *International Journal of Epidemiology*. 31:336-341.
- Beale N, Nethercott S. 1985. Job-loss and family morbidity: a study of a factory closure. *Journal of the Royal College of General Practitioners*. 35:510-514.
- Benach J. 1997. La desigualdad social perjudica seriamente la salud. *Gaceta Sanitaria*. 11 (6): 255-257.
- Benach J, Muntaner C, Solar O, et al. 2010. Introduction to the WHO Commission on Social Determinants of Health Employment Conditions Network (EMCONET) study, with a glossary on employment relations. *International Journal of Health Services*. 40(2): 195-207.
- Berkman LF, Syme SL. 1979. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*. 109(2): 186-204.
- Bermúdez MP, Castro A, Buela-Casal G. 2009. Sida en España e inmigración: análisis epidemiológico. *Universitas Psychologica*. 8:37-48.
- Bernstein KS, Park SY, Shin J, et al. 2011. Acculturation, discrimination and depressive symptoms among Korean immigrants in New York City. *Community Mental Health Journal*. 47(1):24-34.
- Bertens MG, Wolfers ME, van den Borne B, et al. 2008. Negotiating safe sex among women of Afro-Surinamese and Dutch Antillean descent in the Netherlands. *Aids Care*. 20: 1211-1216.
- Berwick DM, Murphy JM, Goldman PA, et al. 1991. Performance of a 5-item mental-health screening-test. *Medical Care*. 29: 169-176.
- Bhopal R. 2009. Medicine and public health in a multiethnic world. *Journal of Public Health*. 31: 315-321.
- Bhopal R, Fischbacher C, Povey C, et al. 2010. Cohort profile: Scottish Health and Ethnicity Linkage Study of 4.65 million people exploring ethnic variations in disease in Scotland. *International Journal of Epidemiology*. 40: 1168-1175.
- Birn AE. 2009. ¿Politizándolo o puliéndolo? subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. *Medicina Social*. 4(3): 189-207.
- Blane D. 1985. An assessment of the Black Report's explanation of health inequalities. *Social and Health*. 7: 421-445.
- Blane D, Bartley M, Smith DG. 1997. Disease etiology and materials explanation of socioeconomic mortality differentials. *European Journal of Public Health*. 7: 385-391.
- Blasco AJ, Arribas JR, Clotet B, et al. 2011. Análisis de costes y de coste/eficacia de las pautas preferentes de GESIDA para el tratamiento antirretroviral inicial. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 29:721-30.
- Blouin C, Chopra M, van der Hoeven R. 2009. Trade and social determinants of health. *Lancet*. 373: 502-507.

- Boardman, Jason D. 2004. Health pessimism among black and white adults: the role of interpersonal and institutional maltreatment. *Social Science & Medicine*. 59: 2523-2533.
- Borrell C, Benach J. 2006. Informe sobre las desigualdades en salud en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*. 20(5): 396-406.
- Borrell LN, Dallo FJ. 2008. Self-rated and race among hispanic and non-hispanic adults. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 10: 229-238.
- Borrell C, Muntaner C, Sola J, et al. 2008. Immigration and self-reported health status by social class and gender: the importance of material deprivation, work organization and household labour. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 62 (3): 258-266.
- Borrell C, Peiro R, Ramón N, et al. 2005. Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las Comunidades Autónomas del Estado español. *Gaceta Sanitaria*. 19(4): 277-284.
- Borrell C, Plasencia A, Pasarin I, et al. 1997. Widening social inequalities in mortality: the case of Barcelona, a southern European city. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 51: 659-667.
- Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA, et al. 2006. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 55: 1-17.
- Brewster MF. 2007. HIV exceptionalism must end. *British Medical Journal*. 1: 335-360.
- Brondolo E, Rieppi R, Nelly KP, et al. 2003. Perceived racism and blood pressure: a review of the literature and conceptual and methodological critique. *Annals of Behavioral Medicine*. 25: 55-65.
- Bronfman M, Leyva R, Negroni M. 2004. Movilidad poblacional y VIH/SIDA. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. Instituto Nacional de Salud Pública: Cuernavaca.
- Bronfman N, Moreno L. 1996. Perspective on HIV/AIDS prevention among immigrants on the US-Mexico border. In Mishra S, Conner R, Magaña R (eds.). *AIDS Crossing Borders: the spread of HIV among Migrant Latinos*. Westview Press: Boulder, CO.
- Bruess J. 2008. Experiences of discrimination reported by Turkish, Moroccan, and Bangladeshi Muslims in three European cities. *Journal of Ethnic and Migration Studies*. 34: 875-94.
- Brugha T, Jenkins R, Bebbington P, et al. 2004. Risk factors and the prevalence of neurosis and psychosis in ethnic groups in Great Britain. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 39(12):939-946.
- Burgess DJ, Ding Y, Hargreaves M, et al. 2008. The association between perceived discrimination and underutilization of needed medical and mental health care in a multi-ethnic community sample. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 19: 894-911.
- Burns FM, Imrie JY, Nazroo J, et al. 2007. Why the(y) wait? Key informant understandings of factors contributing to late presentations and poor utilization of HIV health and social care services by African migrants in Britain. *AIDS Care*. 19: 102-108.
- Bury M. 2005. *Health and illness*. Cambridge: Polity Press.
- Cabria A, Pérez A, Prieto D, Pérez O. 2010. Estudio sobre determinantes de la salud y acceso a los servicios sanitarios de la población inmigrante en Cantabria 2007-2009. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria. Disponible en: <http://www.ospc.es/Docs/ESTUDIO%20>

DETERMINANTES%20SALUD%20POBLACION%20INMIGRANTE%20CANTBRIA_
OSPC_2010.pdf

- Cain KP, Benoit SR, Winston CA, et al. 2008. Tuberculosis among foreign-born persons in the United States. *JAMA*. 300(4):405-412.
- Calderón-Larrañaga A, Gimeno-Feliu L, Macipe-Costa R, et al. 2011. Primary care utilization patterns among an urban immigrant population in the Spanish National Health System. *BMC Public Health*. 11: 432-439.
- Canadian Institute for Health information. 2003. Women's health surveillance report. A multi-dimensional look at the health of Canadian women. Ottawa: Canadian Institute for Health Information.
- Cantor-Graae E, Selten JP. 2005. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *American Journal of Psychiatry*. 162 (1):12-24.
- Caritas. 2012. El rostro femenino de la migración Incidencia y mejores prácticas para las mujeres que emigran y las familias que se quedan atrás. Disponible en: <http://www.caritas.org/includes/pdf/FemaleFaceOfMigration12/FFMCaritasPolicyDocES.pdf>
- Carnicer-Pont D, de Olalla PG, Cayla JA. 2009. HIV infection late detection in AIDS patients of an European city with increased immigration since mid 1990s. *Current HIV Research*. 7(2): 237-243.
- Caro- Murillo AM, Gutiérrez F, Ramos M, et al. 2009. Infección por el VIH en inmigrantes en España: características epidemiológicas y presentación clínica en la cohorte Coris (2004-2006). *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 27:380-388.
- Carrasco-Garrido P, Gil de Miguel A, Hernández Barrera V, et al. 2007. Health profiles lifestyles and use of health resources by the immigrant population resident in Spain. *European Journal of Public Health*. 17:503-507.
- Carrasco-Garrido P, Jiménez-García R, Hernández Barrera V, et al. 2009. Significant differences in the use of healthcare resources of native-born and foreign born in Spain. *BMC Public Health*. 9: 201-213.
- Carrera-Fernández MV, Lameiras-Fernández M, Foltz ML, et al. 2007. Evaluación de un programa de educación sexual con estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 7: 739-751.
- Casamitjana M, Sala M, Ochoa D, et al. 2009. Results of a cervical cancer screening programme from ana rea of Barcelona (Spain) with a large immigrant population. *European Journal of Public Health*. 19(5):499-503.
- Carreras R, Checa MA, Fusté P, et al. 2001. Enfermedades de transmisión sexual. *Folia Clínica en Obstetricia y Ginecología*. 30:4-73.
- Cassel J. 1976. The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*. 104(2): 107-123.
- Castilla J, Lorenzo JM, Izquierdo A, et al. 2006. Características y tendencias de los nuevos diagnósticos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (2000-2004). *Gaceta Sanitaria*. 20 (6): 442-448.
- Castillo S. 2006. Health of the immigrant population and HIV infection. In: *The HIV/AIDS prevention in the immigrant population*. 35-47.

- Castillo-Mancia J, Allshouse A, Collins C, et al. 2012. Differences in sexual risk behaviour and HIV/AIDS risk factors among foreign-born and US-born Hispanic women. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 14: 89-99.
- Catalano, R. 2009. Health, medical care, and economic crisis. *New England Journal of Medicine*. 360(8): 749-751.
- Cevallos C, Verdejo J, Izarra C, et al. 2011. Sida en la Comunidad de Madrid. Análisis por lugar de nacimiento. *Revista Clínica Española*. 211: 377-382.
- CDC- Centers for Disease Control and Prevention. 2006. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 55:1-17.
- Chandola T, Jenkinsonmn C. 2000. Validating self-rated health in different ethnic groups. *Ethnicity and Health*. 5: 51-59.
- Chauvin P, Parizot I, Simonnot N. 2009. El acceso a la sanidad de las personas sin permiso de residencia en once países europeos. Informe del Observatorio Europeo. *Medicos del Mundo*.
- Chemtob D, Grossman Z. 2004. Epidemiology of adult and adolescent HIV infection in Israel: a country of immigration. *International Journal of STD and AIDS*. 15:691-696.
- Chen XS, Gong XD, Liang GJ, et al. 2000. Epidemiologic trends of sexually transmitted diseases in China. *Sexual Transmitted Diseases*. 27: 138-142.
- Chibnall JT, Tait RC, Andresen EM, et al. 2005. Race and socioeconomic differences in post-settlement outcomes for African American and Caucasian Workers' Compensation claimants with low back injuries. *Pain*. 114 (3): 462-472.
- Clark RC, Mytton J. 2007. Estimating infectious disease in UK asylum seekers and refugees: a systematic review of prevalence studies. *Journal of Public Health*. 29 (4):420-428.
- Clarke K, Bröring G. 2000. HIV/AIDS Care and Support for Migrant and Ethnic Minority Communities in Europe. Disponible en: www.aidsmobility.org/am5a1.htm
- Cohen S. 2004. Promoting the "B" in ABC: Its value and limitations in fostering reproductive health. The Guttmacher Report on Public Policy. Available: <http://www.guttmacher.org/pubs/tgr/07/4/gr070411.html>
- Colectivo Ioé. 2003. Experiencias de Discriminación de Minorías Étnicas en España. Contra Inmigrantes no comunitarios y el colectivo gitano. Madrid: European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia. Disponible en: <http://www.colectivoioe.org/uploads/edb969a5b5bb4f6aaf3f9afb865cf396533d9315.pdf>
- Colectivo Ioé. 2009. Motivos de discriminación en España: estudio exploratorio. Dirección General contra la Discriminación, Ministerio de Igualdad. Disponible en: <http://www.colectivoioe.org/uploads/69357c3b95b7ed349fb34bd8866f37e18ce01c2b.pdf>
- Conde Fernández-Oliva E, García Alonso JM. 2001. La política exterior y de Seguridad Común. *Revista del instituto de Estudios Económicos*. 3: 83-111.
- Consejo Europeo. 1999. Conclusiones de la Presidencia. Consejo Europeo de Tempere. Disponible en: <http://www.consilium.europa.eu>
- Consejo Europeo de Bruselas. 2005. Visión Global de la emigración: actuaciones prioritarias centradas en África y el Mediterráneo. Disponible en: http://europa.eu/rapid/press-release_DOC-05-4_es.htm

- Cooper L, Beach MC, Johnson RL, et al. 2006. Delving below the surface. Understanding how race and ethnicity influence relationships in health care. *Journal of General Internal Medicine*. 21(1):21-27.
- Costa G, D'errico A. 2006. Inequalities in health: do occupational risks matter? *European Journal of Public Health*. 16(4): 340.
- Cots f, Castells X, Ollé C, et al. 2002. Perfil de casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona. *Gaceta Sanitaria*. 16:376-384.
- Crimmins E, Cambois E. 2003. Social inequalities in health expectancy. In: Robine JM, Jagger C, Mathers C, Crimmins E, Suzman R, editors. *Determining health expectancies*. West Sussex, UK: Wiley. 111-125.
- CSDH- Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. 2008. Subsanan las desigualdades en una generación. OMS. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf
- Cuadra CB, Cattacin S. 2011. Policies on Health Care for Undocumented Migrants in the EU27 and Switzerland: Towards a Comparative Framework. Disponible en: <http://files.nowhereland.info/757.pdf>
- Dalgren G, Whitehead M. 1991. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO-Strategy paper for Europe. Stockholm: Institute of Futures Studies.
- Dalgren G, Whitehead M. 2006. European strategies for tackling social inequities in health: levelling up Part2. *Studies on social and economic determinants of population health*. No2. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf
- Davies AA, Basten A, Frattini C. 2010. Migration: A social determinant of migrants' health. *Eurohealth*. 16 (1):10-12.
- Dávila Quintana C, López-Valcárcel B. 2009. Crisis económica y salud. *Gaceta Sanitaria*. 23(4): 261-265.
- Del Amo J, Belza MJ, Castillo S, et al. 2001. *Prevención del VIH/SIDA en inmigrantes y minorías étnicas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- De Castro AM, Gee GC, Takeuchi DT. 2008a. Job-related stress and chronic health conditions among Filipino immigrants. *Journal of Immigrants and Minority Health*. 10 (6):551-558.
- De Castro AB, Gee GC, Takeuchi DT. 2008b. Relationship between job dissatisfaction and physical and psychological health among Filipino immigrants. *AAOHN Journal*. 56(1):33-40.
- De la Torre J, Coll C, Coloma M, et al. 2006. Control de gestación en inmigrantes. *Anales Sistema Sanitario Navarra*. 29(1):49-61.
- Deboosere P, Gadeyne S. 2005. Adult migrant mortality advantage in Belgium: evidence using census and register data. *Population*. 60:655-698.
- De la Revilla L, Baylon E, de Dios J. 1991. Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria*. 9: 661-668.
- De Maio FG. 2010. Immigration as pathogenic: a systematic review of the health in immigrants in Canada. *International Journal for Equity in Health*. 9: 27-31.
- De Wit MA, Tuinebreijer WC, Dekker J, et al. 2008. Depressive and anxiety disorders in different ethnic groups. A population based study among native Dutch, and Turkish, Moroccan and

- Surinamese migrants in Amsterdam. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 43: 905-912.
- Delpierre C, Cuzin L, Lert F. 2007. Routine testing to reduce late HIV diagnosis in France. *British Medical Journal*. 334: 1354-1356.
- Denktas S, Koopmans G, Erwin Birnie E, et al. 2009. Ethnic background and differences in health care use: a national cross-sectional study of native Dutch and immigrant elderly in the Netherlands. *International Journal for Equity in Health*. 8:35.
- Departamento de sanidad. 2005. Desigualdades sociales en la mortalidad: mortalidad y posición socioeconómica en la CAPV, 1996-2001. Vitoria-Gasteiz: Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco. 1-201. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85ckpubl02/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/desigualdadesSocialesMortalidad.pdf
- Deren S, Shedlin M, Decena CU, et al. 2005. Research challenges to the study of HIV/AIDS among migrants and immigrants Hispanic population in the United States. *Journal of Urban Health*. 82(3):13-25.
- Dias S, Gama A, Cortés M, et al. 2011a. Healthcare-seeking patterns among immigrants in Portugal. *Health Social Care Community*. 19(5): 514-521.
- Dias S, Gama A, Silva AC, et al. 2011b. Barriers in access and utilization of health services among immigrants: the perspective of health professionals. *Acta Médica Portuguesa*. 24(4): 511-516.
- Dias S, Gama A, Silva AC, et al. 2012. Health workers attitudes toward immigrant patients: a cross-sectional survey in primary health care services. *Human Resources for Health*. 10: 14.
- Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. 2001. The social basis of the disparities in health. En : Evans et al. Editores: Challenging inequities in health: from ethics to action. Nueva York: Oxford University Press.
- Diez E, Peiro R. 2004. Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. En: Borrell C, Garcia-Calvente M, Marti-Bosca JV, eds. La salud publica desde la perspectiva de género y clase social. Informe SESPAS 2004. Gaceta Sanitaria. 18 (1): 158-167.
- Dominguez S, Maya-Jariego I. 2008. Acculturation of Host Individuals: Immigrants and Personal Networks. *American Journal of Community Psychology*. 42: 309-327.
- Dunn HL. 1977. What High Level Wellness Means. *Health Values*. 1(1): 9-16.
- European Centre for Disease Prevention and control (ECDC). 2006. Missed opportunities for earlier diagnosis of HIV infection-South Carolina, 1997-2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 55: 1269-1272.
- ECDC-European Centre for Disease Prevention and control. 2010. Vigilancia de la Tuberculosis en Europa 2008. Disponible en: <http://ecdc.europa.eu/es/publications/Publications/1203-Annual-TB-Report.pdf>
- ECDC-European Centre for Disease Prevention and control. 2011. Annual epidemiological report 2011. Disponible en: http://ecdc.europa.eu/en/press/news/Lists/News/ECDC_DisForm.aspx?List=32e43ee8%2De230%2D4424%2Da783%2D85742124029a&ID=519
- Edberg M, Cleary S, Vyas A. 2010. A Trajectory Model for Understanding and Assessing Health Disparities in Immigrant/Refugee Communities. *J Immigr Minor Health*. 3(3): 576-584.

- Edberg M, Cleary S, Vyas A. 2011. A Trajectory Model for Understanding and Assessing Health Disparities in Immigrant/Refugee Communities. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 13: 576-584.
- Elkeles T, Seifert W. 1996. Immigrants and health: unemployment and health-risks of labour migrants in the Federal Republic of Germany, 1984–1992. *Social Science & Medicine*. 43(7): 1035-1047.
- Ember CR, Ember M. 2004. *Encyclopedia of Medical Anthropology. Health and Illness in the World's Cultures*, New York: Springer.
- ENI-Encuesta Nacional de Inmigrantes. 2007. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/p319&file=inebase&L=0>
- EPA-Encuesta de Población Activa. 2006. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0406.pdf>
- EPA-Encuesta de Población Activa. 2011. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0111.pdf>
- EPIE- Encuesta de la Población Inmigrante extranjera residente en la Comunidad Autónoma de Euskadi. 2010. Disponible en: http://www.ikuspegi-inmigracion.net/documentos/novedades/EPIE_2010.pdf
- Esnaola S, Aldasoro E, Ruiz R, Audicana C, et al. 2006. Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad en la Comunidad Autónoma del País Vasco. *Gaceta Sanitaria*. 20(1):16-24
- Esnaola S, Bacigalupe A, Sanz E, et al. 2012. Las políticas para reducir las desigualdades en salud en Europa. *Osagin Txostenak 2012-13*. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad y Consumo. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85pkpubl01/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/osagintres.pdf
- EuroHIV. 2005. HIV/AIDS surveillance in Europe. End-year report. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire. No. 73.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. 2007. Employment and working conditions of migrant workers. Available at: <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/studies/tn0701038s/>.
- Evans RG, Barer ML, Marmot TR. 1996. ¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Madrid: Díaz de Santos. 347-366.
- Evans T, Whitehead M, Dideruchsen F, et al. 2001. Challenging inequities in health: from ethics to action. Nueva York: Oxford University Press. 260-275.
- Fakolade R, Adebayo SB, Anyanti J, et al. 2010. The impact of exposure to mass media campaigns and social support on levels and trends of HIV-related stigma and discrimination in Nigeria: tools for enhancing effective HIV prevention programmes. *Journal of Biosocial Science*. 42: 395-407.
- Falzon D, van Cauetern D. 2008. Surveillance and outbreak reports: demographic features and trends in tuberculosis cases in the European Region, 1995-2005. *Eurosurveillance*. 13(12).
- Fassin D. 1999. L'indicible et l'impensé: la question immigrée dans les politiques du Sida. *Sciences Sociales et Santé*. 17: 5-34.
- Fernández MR, Hernández E, Martín OH. 2006. Salud reproductiva y diferencia de género en la población inmigrante. *El médico*. 981 :25-44.

- Fernandez E, Schiaffino A. 1999. Les desigualtats en l'estat de salut i la malatia. En Borrell C. Benach J. Coordinadores. Les desigualtats en la salut a Catalunya. Barcelona: Editorial Mediterrànea.
- Finch BK, Vega WA. 2003. Acculturation Stress, Social Support, and Self-Rated Health among Latinos in California. *Journal of Immigrant Health*. 5: 109-117.
- Fleischmann F, Dronkers J. 2010. Unemployment among immigrants in European labour markets: an analysis of origin and destination effects. *Work, Employment and Society*. 24: 337-354.
- Flippen C, Tienda M. 2000. Pathways to retirement: patterns of labor force participation and labor market exit among the pre-retirement population by race, Hispanic origin, and sex. *Journal of Gerontology. Psychological Sciences and Social Science*. 55: 14-27.
- FNUAP. 2004. Estado de la población mundial. El consenso de El Cairo, diez años después: población, salud reproductiva y acciones mundiales para eliminar la pobreza. Disponible en: www.FNUAP.org
- Folch C, Esteve A, Sanchis C, et al. 2008. Prevalence of human immunodeficiency virus, Chlamydia trachomatis, and Neisseria gonorrhoeae and risk factors for sexually transmitted infections among immigrant female sex workers in Catalonia, Spain. *Sexually Transmitted Diseases*. 35:178-83.
- Fone D, Dunstan F, Lloyd K, et al. 2007. Does social cohesion modify the association between area income deprivation and mental health? A multilevel analysis. *International Journal of Epidemiology*. 36:338-45.
- FRONTEX. 2004. Reglamento del Consejo de la Unión Europea por el que se establece una Agencia Europea para la Gestión de la Cooperación Operativa en las Fronteras Exteriores de los Estados Miembros de la Unión Europea. Disponible en: http://europa.eu/legislation_summaries/justice_freedom_security/free_movement_of_persons_asylum_immigration/l33216_es.htm
- FRONTEX. 2010. Síntesis de la legislación de la Unión Europea. Madrid: Agencia Europea para la Gestión de las Fronteras Exteriores. Disponible en: http://europa.eu/legislation_summaries/justice_freedom_security/free_movement_of_persons_asylum_immigration/l33216_es.htm
- Froneberg B. 2005. Challenges in occupational safety and health from the global market economy and from demographic change - facts, trends, policy response and actual need for preventive occupational health services in Europe. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health* pp. 23-27
- Fuertes C, Martín MA. 2006. El inmigrante en la consulta de atención primaria. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 29(1): 9-25.
- Gadalla TM. 2008. Comparison of users and non-users of mental health services among depressed women: a national study. *Women & Health*. 47(1):1-19.
- Gagliotti C, Resi D, Moro ML. 2006. Delay in the treatment of pulmonary TB in a changing demographic scenario. *International Journal of Tuberculosis & Lung Diseases*. 10(3):305-309.
- Gagnon, M. 2010. Femmes vivant avec le VIH/sida et lipodystrophie: vers une compréhension qualitative du processus de transformations corporelles. *Aporia: La revue en sciences infirmières*. 2 (3): 32-40.
- Galvez Herrer M, Gutierrez García MD, Zapico Martínez N. 2011. Salud laboral y salud mental en población trabajadora inmigrante. *Medicina y seguridad del Trabajo*. 57(1):127-144.

- Gama A, Fraga S, Dias S. 2010. Impact of sociodemographic factor on HIV testing among african inmigrants in Portugal. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 12:841-846.
- Garaikoetxea A. 2007. Opiniones y expectativas de los inmigrantes económicos sobre nuestro sistema de salud. Tesis doctoral. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- García Alonso JM, Conde Fernández-Oliva E. 2001. La política exterior y de Seguridad Común. 93-94.
- García AM, López-Jacob MJ, Agudelo-Suárez A, et al. 2009. Condiciones de trabajo y salud en inmigrantes (Proyecto ITSAL): entrevistas a informantes clave. *Gaceta Sanitaria*. 23:91-7.
- García de Olalla P, Lai A, Jansá JM, et al. 2000. Características diferenciales del Sida en inmigrantes extranjeros. *Gaceta Sanitaria*. 14: 189-194.
- García de Olalla P, Reyes JM, Caylà JA. 2012. Retraso Diagnóstico de la Infección por VIH. Retraso Diagnóstico de la infección de VIH. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. 14: 28-35.
- García Gómez, P. 2007. Salud y utilización de los recursos sanitarios: Un análisis de las diferencias y similitudes entre población inmigrante y autónoma. *Presupuesto y Gasto Público*. 49(4): 67-85.
- García Gómez P, Oliva J. 2009. Calidad de vida relacionada con la salud en población inmigrante en edad productiva. *Gaceta Sanitaria*. 23(1): 38-46.
- García Murcia J. 2005. La política comunitaria de inmigración en la Constitución Europea. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*. 57:217-225.
- García San Miguel L, Busto Martínez MJ, Bermúdez Moreno E. 2009. El problema del retraso en el diagnóstico de la infección por el VIH en España. ¿Podemos hacer un mejor abordaje de la epidemia desde atención primaria? *Atención Primaria*. 41:215-217.
- Gee GC, Ryan A, Laflamme DJ, et al. 2006. Self-reported discrimination and mental health status among African descendants, Mexican Americans, and other Latinos in the New Hampshire REACH 2010 Initiative: the added dimension of immigration. *American Journal Public Health*. 96: 1821-1828.
- Gil AG, Wagner EF, Vega WA. 2000. Acculturation, familism, and alcohol use among Latino adolescent males: longitudinal relations. *Journal of Community Psychology*. 28(4):443-458.
- Gil-Gonzalez D, Vives-Cases C, Ruiz MT, et al. 2007. Childhood experiences of violence in perpetrators as a risk factor of intimate partner violence: A systematic review. *Journal of Public Health*. 30(1):14-22.
- Gómez L, Gascón J, Gallego M, et al. 2000. Objetivo 15: mejorar conocimientos y motivaciones para una conducta saludable. Informe SESPAS 2000. La Salud Pública ante los desafíos del nuevo siglo. Disponible en: http://www.sespas.es/ind_lib04.html
- González Viada N. 2009. La libre circulación de ciudadanos de la UE en España. Análisis crítico del Real Decreto 240/2007 del 16 de Febrero. *Noticias de la Unión Europea*. 292: 23-37.
- Graham H. 2004. Tackling inequalities in health in England: remedying health disadvantages, narrowing health gaps or reducing health gradients? *Journal of European Social Policy*. 33: 115-151.
- Guerra Prada H, Trujillo N, Navarro N, Martínez A. 2009. Intervención educativa para elevar conocimientos sobre las ITS/VIH/SIDA en jóvenes. *Academia Mexicana de Ciencias*. 13(6).
- Guerrero Espejo A, Colomina Rodríguez J. 2004. Immigrant population and communicable diseases. *Revista Española de Salud Pública*. 78(5):565-570.

- Gushulak B, Pace P, Weekers J. 2010. Migration and health of migrants. In: Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/115485/E94018.pdf
- Halperin DT, Epstein H. 2004. Concurrent sexual partnerships help to explain Africa's high HIV prevalence: implications for prevention. *Lancet*. 364: 4-6.
- Hamers FF, Alix J, Downs AM. 2002. HIV among migrant population in Europe. In XIV International Conference on AIDS. Barcelona.
- Hausmann LR, Jeong K, Bost JE, et al. 2008. La percepción de discriminación en la atención de la salud y el uso de servicios preventivos de salud. *Journal of General Internal Medicine*. 23 (10): 1679-1684.
- Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region. 1999. European Health for All Series. N6. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf
- Heldal E, Kuyvenhoven JV, Wares F, et al. 2008. Diagnosis and treatment of tuberculosis in undocumented migrants in low- or intermediate-incidence countries. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 12: 878-888.
- Herd G. 1997. Sexual cultures and migration in the Era of AIDS. Anthropological and demographic perspectives. London, Clarendon Press Oxford.
- Herek GM, Capitanio JP, Widaman KF. 2002. HIV-Related Stigma and Knowledge in the United States: Prevalence and Trends, 1991-1999. *American Journal of Public Health*. 92: 371-77.
- Hernández Quevedo C, Jiménez Rubio D. 2008. A comparison of the health status and health care utilization patterns between foreigners and the national population in Spain: new evidence from the Spanish National Health Survey. *Social Science & Medicine*. 69: 370-378.
- Hidalgo I, Garrido G, Hernández M. 2000. Health status and risk behavior of adolescents in the north of Madrid, Spain. *Journal of Adolescent Health*. 27:351-360.
- Ho MJ. 2003. Migratory journeys and tuberculosis risk. *Medical Anthropology Quarterly*. 17(4):442-458.
- Hong H, Qin QR, Li LH, et al. 2009. Condom use among married women at risk for sexually transmitted infections and HIV in rural China. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 106:262-265.
- Hovey JD. 2000. Acculturative stress, depression, and suicidal ideation in Mexican immigrants. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*. 134-151.
- Hovey JD, Magaña C. 2002. Exploring the mental health of Mexican migrant farm workers in the Midwest: psychosocial predictors of psychological distress and suggestions for prevention and treatment. *Journal of Psychology*. 136(5):493-513.
- Hughes J, Foschia JP. 2004. Migrant-friendly health services and HIV/STI prevention. A handbook for health professionals and policy-makers. Disponible en: <http://www.aidsactioneurope.org/clearinghouse/latest-added-items/migrant-friendly-health-services-and-hivsti-prevention>
- Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP. 2005. Educational inequalities in smoking among men and women aged 16 years old and older in 11 European countries. *Tobacco Control*. 14:106-113.

- Hyde A, Lohan M, McDonell O. 2004. Sociology for health professionals in Ireland. Dublin: Institute of Public Administration.
- Hyypää M, Mäki J. 2001. Individual-level relationships between social capital and self-rated health in a bilingual community. *Preventive Medicine*. 32(2): 148-155.
- Idler EL, Benyamini Y. 1997. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behaviour*. 38: 21-37.
- Ikuspegi-Observatorio Vasco de la Inmigración. 2007. Actitudes de la sociedad vasca frente a la inmigración extranjera. Disponible en: <http://www.ikuspegi.org>.
- Iglesias E, Robertson E, Johansson SE, et al. 2003. Women, international migration and self-reported health. A population-based study of women of reproductive age. *Social Science & Medicine*. 56: 111-124.
- IKUSPEGI. 2009. Población extranjera en el País Vasco. Observatorio de Inmigración. Disponible en: <http://www.ikuspegi-inmigracion.net/documentos/panoramicas/es/pan48cas.pdf>
- Illich I. 1976. Limits to medicine. Medical nemesis: the expropriation of health. Middlesex: Penguin Books.
- INE-Instituto Nacional de Estadística. 2009. Encuesta europea de salud en España. Disponible en: http://www.ine.es/prodyser/micro_enceursalud.htm
- INE-Instituto Nacional de Estadística. 2010. Extranjeros en la UE y en España. Disponible en: www.ine.es
- INE-Instituto Nacional de Estadística. 2012. Anuario Estadístico de España. Disponible en: http://www.ine.es/prodyser/pubweb/anuario12/anu12_02demog.pdf
- Informe Mundial de Avances en la Lucha contra el SIDA. 2012. Directrices: desarrollo de indicadores básicos para el Seguimiento de la Declaración Política sobre el VIH/sida de 2011. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/JC2215_Global_AIDS_Response_Progress_Reporting_es.pdf
- Informe OBERAXE. Evolución del Racismo y la Xenofobia en España. Informe 2011. Disponible en: <http://www.oberaxe.es/files/datos/501a4f827e2ee/EVOLUCION%20RACISMO%20Y%20XENOFOBIA-INFORME%202011.pdf>
- Informe sobre la salud en el mundo. 2006. Colaboremos por la salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/whr/2006/whr06_es.pdf
- Ingleby D. 2009. European research on migration and health. Background paper for AMAC project. Brussels: International Organization for Migration. Disponible en: (http://www.migrant-health-europe.org/files/Research%20on%20Migrant%20Health_Background%20Paper.pdf)
- Jakubowiak WM, Bogorodskaya EM, Borisov ES, et al. 2007. Risk factors associated with default among new pulmonary TB patients and social support in six Russian regions. *International Journal of Lung Diseases*. 11(1):46-53.
- Jansá JM, García de Olalla P. 2004. Health and immigration: new situations and challenges. *Gaceta Sanitaria*. 18(1): 207-213.
- Jansá JM. 2006. Inmigración y envejecimiento, nuevos retos en salud pública. *Gaceta Sanitaria*. 20(1): 10-14.
- Jerant A, Arellanes, R, Franks P. 2008 Health status among US Hispanics: Ethnic variation, nativity, and language moderation. *Medical Care*. 46: 709-717.

- Jover Ibarra J. 2006. Salud pública y servicios de salud pública. Capítulo 1. En: García Frutos J, Royo MA. Salud Pública y Epidemiología. Manuales de Dirección Médica y Gestión Clínica. 1 ed. Madrid: Díaz de Santos.
- Juliano D. 2000. Mujeres estructuralmente viajeras. Estereotipos y estrategias. *Revista de Sociología*. 60: 381-389.
- Junyent M, Núñez S, Miró O. 2006. Urgencias médicas del inmigrante adulto. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 29(1): 27-34.
- Kandula NR, Kersey M, Lurie N. 2004. Assuring the health on immigrants: what the leading health indicators tell us. *Annual Review of Public Health*. 25: 1331-1339.
- Karlsen S, Nazroo JY. 2002. Relation between racial discrimination, social class, and health among ethnic minority groups. *American Journal of Public Health*. 92(4): 624-31.
- Kawachi I, Colditz GA, Ascherio A, et al. 1996. A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the USA. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 50: 245-251.
- Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, et al. 1997. Social capital, income equality and mortality. *American Journal of Public Health*. 87(9): 1491-1499.
- Kawachi I, Kennedy BP, Glass R. 1999. Social capital and self-rated health: A contextual analysis *American Journal of Public Health*. 89(8): 1187-1193.
- Kelly M, Nazroo J. 2008. *Ethnicity and Health. Sociology as Applied to Medicine*, Editors: Scambler, G, Elsevier (London).
- Kodmon C, Hollo V, Huitric E, et al. 2010. Multidrug and extensively drugresistant tuberculosis: a persistent problem in the European Union and European Economic Area. *Eurosurveillance*. 15:11-18.
- Koffman D, Goetzel R, Anwuri V, et al. 2005. Heart Healthy and Stroke Free Successful Business Strategies to Prevent Cardiovascular Disease. *American Journal of Preventive Medicine*. 29: 113-121.
- Krieger N, Smith K, Naishadham D et al. 2005. Experiences of discrimination: validity and reliability of a self-report measure for population health research on racism and health. *Social Science & Medicine*. 61(7): 1576-1596.
- Krishnan S, Dunbar M, Minnis A et al. 2008. Poverty, gender inequities, and women's risk of human immunodeficiency virus/AIDS. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1136: 101-110.
- Kulwicki A, Cass PS. 1994. An assessment of Arab American knowledge, attitudes and beliefs about AIDS. *Image Journal Nursing Scholarship*. 26: 13-17.
- Lai D, Chappell N. 2007. Use of traditional Chinese medicine by older Chinese immigrants in Canada. *Family Practice*. 24(1): 56-64.
- Lalonde M. 1981 *A New Perspective on the Health of Canadians*. Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare. Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Lamkaddem M, Spreeuwember PM, Devillé WL, et al. 2008. Changes in health and primary health care use of Moroccan and Turkish migrants between 2001 and 2005: a longitudinal study. *BMC Public Health Journal*. 8: 40-48.

- Lantz PM, House JS, Lepkowski JM, et al. 1998. Socioeconomic factors, health behaviours and mortality. *JAMA*. 279 (21): 1703-1708.
- Lantz PM, Golberstein E, House JS, et al. 2010. Socioeconomic and behavioural risk factors for mortality in a national 19 year prospective study of US adults. *Social Science & Medicine*. 70: 1558-1566.
- Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, et al. 2008. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gaceta Sanitaria*. 22(5): 443-450.
- Leão TS, Sundquist J, Johansson SE, et al. 2009. The influence of age at migration and length of residence on self-rated health among Swedish immigrants: a cross-sectional study. *Ethnicity and Health*. 14(1): 93-105.
- Lebrun LA, Dubai LC. 2012. Effects of length of stay and language proficiency on health care experiences among immigrants in Canada and the United States. *Social Science & Medicine*. 74(7): 1062-1072.
- Lee S, Lee MTY, Chiu MYL, et al. 2005. Experience of social stigma by people with schizophrenia in Hong Kong. *British Journal of Psychiatry*. 186:153-157.
- Levecque K, Lodewyckx I, Vranken J. 2007. Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: a comparison between native and immigrant groups. *Journal of Affective Disorders*. 97: 229-239.
- Levecque K, Lodewyckx I, Bracke P. 2009. Psychological distress, depression and generalised anxiety in Turkish and Moroccan immigrants in Belgium. A general population study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 44: 188-97.
- Levy V, Page-Shefer K, Evans J, et al. 2005. HIV-related risk behavior among Hispanic immigrant men in a population-based household survey in a low-income neighborhoods of northern California. *Sexually Transmitted Diseases*. 32: 487-490.
- Li L, Liang LJ, Lin Ch, et al. 2010. HIV prevention intervention to reduce HIV-related stigma: evidence from China. *AIDS*. 24 (1): 115-122.
- Liang CTH, Li LC, Kim BSK. 2004. The Asian American racism-related stress inventory: development, factor analysis, reliability, and validity. *Journal of Counselling Psychology*. 51: 103-114.
- Lindert J, Schouler-Ocak M, Heinz A, et al. 2008. Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *European Psychiatry*. 23(1):14-20.
- Lindström M, Sundquist J, Östergren PO. 2001. Ethnic differences in self reported health in Malmö in southern Sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 55: 97-110.
- Liu Hui MD, Hongmey Y, Xiaoming L, et al. 2006. Men who have sex with men and human immunodeficiency virus/sexually transmitted disease control in China. *Sexually Transmitted Diseases*. 33(2): 68-76.
- Liu GY, Qin JQ, Zhou CQ, et al. 2007. Study on patient satisfaction evaluation system. *Chinese Hospital Management*. 23(3): 170-173.
- Llácer A, Del Amo J, Castillo S, et al. 2001. Salud e inmigración; a propósito del SIDA. *Gaceta Sanitaria*. 15:197-199.

- LLach-Berna M, Panella H, Dominguez A, et al. 2006. Estudio descriptivo de los brotes de hepatitis A. Investigados en Cataluña (1999-2003). *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 24(7):431-436.
- Llenas-García J, Rubio R, Hernando A, et al. 2012. Características clínico-epidemiológicas de los pacientes inmigrantes con infección por el VIH: estudio de 371 casos. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 30:441-451.
- Llosada Gistau J, Vallverdú Duch I, Miró Orpinell M, et al. 2012. Acceso y uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes inmigrantes: la voz de los profesionales. *Atención Primaria*. 44: 88-88.
- López E, Findling L, Abramzón M. 2006. Desigualdades en Salud: ¿Es Diferente la Percepción de Morbilidad de Varones y Mujeres? *Salud colectiva*. 2(1): 61-74.
- López-Fernández LA, Millán JJ, Ajuria A, et al. 2012. ¿Está peligro la cobertura universal en nuestro sistema de Salud? *Gaceta Sanitaria*. 26:298-300.
- López Lázaro L. 2008. Inmigración, estado de salud y uso de servicios de Atención Primaria. *Atención Primaria*. 40:232-233.
- López Rilo N, Epelde F. 2009. Valoración del uso que hace la población inmigrante en un servicio de urgencias hospitalario. XVIè Congrés Nacional Català de Medicina d'Urgències i Emergències. ASFOREM. Disponible en: http://www.asforem.org/wpcontent/uploads/2010/12/valoracio_poblacio_immigrant_ucies_hosp.pdf
- López-Vélez R, Navarro M, Hernando A, et al. 2008. Infección por el VIH en inmigrantes. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 5: 12-21.
- Lorant V, Van Oyen H, Thomas I. 2008. Contextual factors and immigrants' health status: double jeopardy. *Health Place*. 14(4): 678-692.
- Lorant V, Bhopal RS. 2011. Ethnicity, socio-economic status and health research: insights from and implications of Charles Tilly's theory of Durable Inequality. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 65(8): 671-675.
- Lu Y. 2008. Test of the healthy migrant hypothesis: a longitudinal analysis of health selectivity of internal migration in Indonesia. *Social Science & Medicine*. 67:1331-1339.
- Ludermir AB, Lewis G. 2003. Informal work and common mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 38: 485-489.
- Macintyre S, Hunt K, Sweeting H. 1996. Gender differences in health: are things really as easy as they seem? *Social Science & Medicine*. 42(4): 617-624.
- Macinko J, Starfield B. 2001. The utility of social capital in research on social determinants. *The Milbank Quarterly*. 79(3): 387-427.
- Mackenbach JP. 2006. Health inequalities: Europe in Profile. Informe realizado por la presidencia británica de la UE. Disponible en: <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/15/84/04121584.pdf>
- Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ. 2008. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*. 358(23):2468-2481.
- Magalhaes L, Carrasco C, Gastaldo D. 2010. Undocumented migrants in Canada: a scope literature review on health, access to services, and working conditions. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 12(1):132-151.

- Magis-Rodríguez C, Crouwer K, Morales S, et al. 2005. HIV Prevalence and Correlates of Receptive Needle Sharing Among Injection Drug Users in the Mexican-U.S. Border City of Tijuana. *Journal of Psychoactive Drugs*. 37:3.
- Mahajan AP, Sayles JN, Patel VA et al. 2008. Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS*. 22: 67-79.
- Malmusi D, Borrel C, Benach J. 2010. Migration-related health inequalities: showing the complex interactions between gender, social class and place of origin. *Social Science & Medicine*. 71(9): 1610-1609.
- Manirankunda L, Loos J, Alou TA et al. 2009. It's better not to know': perceived barriers to HIV voluntary counseling and testing among sub-Saharan African migrants in Belgium. *AIDS Education and Prevention*. 21: 582-593.
- Marks G, Crepaz N, Janssen RS. 2006. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS*. 20(10): 1447-1450.
- Marmot M, Rose G, Shipley M, et al. 1978. Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 32: 244-249.
- Marmot M, Wilkinson RG. 2006. *Social determinants of health*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press.
- Marmot M. 2007. Commission on Social Determinants of Health. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet*. 370(9593): 1153-1163.
- Marmot M. 2010. Fair Society, Healthy Lives strategic Review of Health Inequalities. Disponible en: <http://www.hpforum.org.nz/assets/files/Resources/Marmot%20Exec%20Summary.pdf>
- Martín U, Esnaola S, Aldasoro E, et al. 2007. Desigualdades socioeconómicas en las esperanzas de salud en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Inguruak: Soziologia eta zientzia politikoaren euskal aldizkaria. *Revista Vasca de Sociología y Ciencia Política*, nº44.
- Martín U. 2011. Salud y desigualdades sociales en salud en la C.A. del País Vasco en el cambio de siglo: una visión desde las esperanzas de salud. Universidad del País Vasco. Tesis doctoral.
- Martín U, Malmusi D, Bacigalupe A, et al. 2012. Migraciones internas en España durante el siglo XX un nuevo eje para el estudio de las desigualdades sociales en salud. *Gaceta Sanitaria*. 26(1): 9-15.
- Martínez E, López AF. 2010. Diferencias de morbilidad asociada al embarazo y de resultados obstétricos y perinatales entre mujeres inmigrantes y autóctonas. *Matronas Profesión*. 5(17): 12-18.
- McDonald, JT, Kennedy S. 2004. Insights into the healthy immigrant effect: health status and health service use of immigrants to Canada. *Social Science & Medicine*. 59: 1613-1627.
- McKeown T, Lowe CR. 1981. *Introducción a la Medicina Social*. México Siglo XXI.
- Meeuwesen L, Harmsen H, Bernsen R et al. 2006. Do Dutch doctors communicate differently with immigrant patients than with Dutch patients? *Social Science & Medicine*. 63: 2407-2417.
- Meeuwesen L, Brink-Muinen A, Hofstede G. 2009. Can dimensions of national culture predict cross-national differences in medical interaction: how does the physician get a clue?. *Patient Education and Counseling*. 67: 183-190.
- Meiberg AE, Bos AER, Onya HE, et al. 2008. Fear of stigmatization as barrier to voluntary HIV counselling and testing in South Africa. *East African Journal of Public Health*. 5: 49-54.

- Méjean C, Traissa P, Eymard-Duvernay S, et al. 2007. Influence of socioeconomic and lifestyle factors on overweight and nutrition-related diseases among Tunisian migrants versus non-migrant Tunisians and French. *BMC Public Health*. 7:265-276.
- Menoyo C. 2006. Estrategias de prevención del VIH y otras ITS en la población inmigrante. En: La prevención del VIH/sida en la población inmigrante. 66-72. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Migration and Health in the European Union. 2011. European Observatory on Health Systems and Policies Series.
- Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/161560/e96458.pdf
- Ministerio de Salud de China y el Grupo Temático de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA en China. 2004. Joint Assessment Report: Disponible en: www.unaids.org/EN/other/functionalities/Search.asp
- Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007. La prevención del VIH/SIDA en la población inmigrante. Disponible en: <http://msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/libros.htm>
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Plan Estratégico 2007. Ciudadanía e integración. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2007-2010. Disponible en: http://extranjeros.empleo.gob.es/es/integracionretorno/Plan_estrategico/peci/peci.html
- Misra A, Ganda OP. 2007. Migration and its impact on adiposity and type 2 diabetes. *Nutrition*. 23(9):696-708.
- Moh UC. 2003. A Joint Assessment of HIV/AIDS Prevention, Treatment and Care in China. UNAIDS: Beijing. Disponible en: http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/search/format_long.php?lang=es&ret=topics.php&fiche=6872
- Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: guidelines on construction of core indicators: 2010. Available at: http://data.unaids.org/pub/manual/2009/jc1676_core_indicators_2009_en.pdf.
- Moore RG, Porter S. 1998. Poverty in health care. In *Sociology applied to nursing*, eds. *Sociology Applied to Nursing*. London: Balliere and Tindall.
- Moreno Rodríguez MC, Muñoz Tinoco MV, Pérez Moreno PJ, et al. 2004. Los adolescentes españoles y su salud. Un análisis en chicos y chicas de 11 a 17 años. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: http://www.mcs.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/adolesEsp_2002.pdf
- Moya M, Puertas S. 2008. Estereotipos, inmigración y trabajo. *Papeles del Psicólogo*. 29(1): 6-15.
- Mulvaney F, Barron S, Mcconkey R. 2007. Residential provision for adult persons with intellectual disabilities in Ireland. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 20:70-76.
- Muntaner C. 2004. Commentary: social capital, social class, and the slow progress of psychosocial epidemiology. *International Journal of Epidemiology*. 33:1-7.
- Muñoz MA, Pastor E, Pujol J, et al. 2012. Primary health care utilization by immigrants as compared to the native population: a multilevel analysis of a large clinical database in Catalonia. *European Journal of General Practice*. 18(2):100-106.

- Muñoz de Bustillo R, Antón JI. 2009. Health care utilization and immigration in Spain, Munich Personal RePEc Archive Paper.
- Murphy JG, Dunn WF. 2010. Medical errors and poor communication. *Chest*. 138: 1292-1293.
- Navarro V, Benach J. 1996. Comisión de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud en España. Desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista1_cdrom/VOL70/70_5_505.pdf
- Navarro V. 2002. Critique of Social Capital. *International Journal of Health Services*. 2(3): 423-432.
- Nazroo JY. 2003. The structuring of ethnic inequalities in health: economic position, racial discrimination and racism. *American Journal of Public Health*. 93 (2):277-284.
- Nielsen SS, Krasnik A. 2010. Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review. *International Journal of Public Health*. 55(5): 357-371.
- Noh S, Kaspar V. 2003. Perceived discrimination and depression: moderating effects of coping, acculturation, and ethnic support. *American Journal of Public Health*. 93(2):232-238.
- Noymer A, Lee R. 2012. Immigrant health around the world: Evidence from the World Values Survey. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 14: 895-897.
- Observatorio de Salud de la Mujer. 2011. Aproximación a la salud sexual y reproductiva en España. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Estudio_salud_sexual_y_reproductiva._Observatorio.pdf
- Observatorio Europeo del Racismo y la Xenofobia. 2006. Muslims in the European Union: Discrimination and Islamophobia. Disponible en: http://fra.europa.eu/fraWebsite/attachments/Manifestations_EN.pdf
- OCDE- Organización para la Cooperación y el Desarrollo económico. 2007. Informe anual. Disponible en: http://www.ucm.es/info/IUDC/img/biblioteca/informe_OCDE_2007.pdf
- Ochoa Soto R, Sánchez Fuente J, Villalón Oramas M. 2003. Manual para Médicos de Familia sobre ITS/VIH/SIDA. Ciudad de La Habana.
- OECD- Organization for economic co-operation and development. 2000. The well-being of nations. The role of human and social capital. Education and skills. Paris. Disponible en: <http://www.oecd.org/site/worldforum/33703702.pdf>
- Olesti Rayo A. 1998. Los principios del Tratado de la Unión Europea, Barcelona, Ariel; 104-105.
- Oliver MI, Baraza P, Martínez E. 2007. La salud y la mujer inmigrante. En: García R. Manual de Atención Sanitaria a inmigrantes. Consejería de Salud, Sevilla.
- OMS- Organización Mundial de la Salud. 1978. Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud. Declaración de Alma Ata. Disponible en: http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
- OMS- Organización Mundial de la Salud. 1998. Informe sobre la salud en el mundo. La vida en el siglo XXI. Disponible en: <http://www.who.int/whr/1998/es/>
- OMS- Organización Mundial de la Salud. 2002. Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos. Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos, 1. Disponible en: <http://www.who.int/hhr/activities/Q&AfinalversionSpanish.pdf>

- OMS- Organización Mundial para la Salud. 2003. Los hechos probados. Ministerio de sanidad y consumo. Disponible en: <http://www.diba.es/documents/713460/713964/salutpublica-internacional-DeterminantesSocialesSalud-pdf.pdf>
- OMS- Organización Mundial para la Salud. 2005. Action on the social determinants of health: learning from previous experiences. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sd.pdf
- OMS- Organización Mundial para la Salud. 2008. Asamblea Mundial de la Salud, 19-24 de Mayo. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/events/2008/wha61/es/index.html>
- ONUSIDA. 2004. The Three Ones. Key Principles. Disponible en: <http://search.unaids.org/search.asp?lg=en&search=the%20three%20ones>
- ONUSIDA-Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. 2005. Organización Mundial de la Salud. ONUSIDA/OMS. Disponible en: http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/epi_update2005_es.pdf
- ONUSIDA- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. 2011. HIV/AIDS in Asia and the Pacific: getting to zero. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110826_APGettingToZero_en.pdf
- Oransky I, Terris M. 2002. The Lancet. 360: 1705.
- Oviedo-Joekes E, March Cerdà JC, Ramos Montserrat MJ, et al. 2005. Percepción del estado de salud y utilización de servicios sanitarios por parte de las personas internas en una prisión andaluza. Revista Española de Salud Pública. 79(1): 35-46.
- Palacio FA. 2010. La comprensión clásica del suicidio. De Emile Durkheim a nuestros días. Revista Affectio Societatis. 7(12):1-12.
- Pantzer K, Rajmil L, Tebe C, et al. 2006. Health related quality of life in immigrants and native school aged adolescents in Spain. Journal of Epidemiology and Community Health. 60(8): 694-698.
- Paradies Y. 2006. A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. International Journal of Epidemiology. 34: 888-901.
- Pardo G, Engel JL, Agudo S. 2006. Acercamiento a las características sociosanitarias de las mujeres subsaharianas de dos programas de atención a inmigrantes de Madrid. Enfermería Clínica. 16(5):264-267.
- Pardo Moreno G, Engel Gómez JL, Agudo Polo S. 2007. Conocimientos sobre anticoncepción y transmisión del VIH y la hepatitis B en la población inmigrante subsahariana. Atención Primaria. 39: 510.
- Parker RM, Aggleton P. 2003. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. Social Science & Medicine. 57: 13-24.
- Patiño C, Kirchner T. 2009. Stress and psychopathology in Latin-American immigrants: The role of coping strategies. Psychopathology. 43: 17-24.
- Patrick DI, Bergner M. 1990. Measurement of health status in the 1990s. Annual Review of Public Health. 11: 165-183.
- Peragallo N, DeForge BR, Khaury Z, et al. 2002. Latinas' perspective and HIV/AIDS: Cultural issues to consider in prevention. Hispanic Health Care International. 1: 11-22.

- Pérez M, Voelz ZR, Pettit JW, et al. 2002. The role of acculturative stress and body dissatisfaction in predicting bulimic symptomatology across ethnic groups. *International Journal of Eating Disorders*. 31(4):442-454.
- Pérez-Molina JA, Pulido Ortega F. 2012. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 30(8):472-478.
- Pertínez Mena J, Viladas L, Clusa T, et al. 2002. Descriptive study of mental disorders in ethnic minorities residing in an urban area of Barcelona. *Atención Primaria*. 29(1):6-13.
- Phelan JC, Link BG, Díez-Roux A. 2004 Fundamental causes of social inequalities in mortality: A test of a theory. *Journal of Health and Social Behaviour*. 45: 265-285.
- Pickett KE. 2006. Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. *Social Science & Medicine*. 62(7): 1768-1784.
- Plá J. 2004. Informalidad del empleo y precariedad laboral de las empleadas del hogar. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Disponible en: www.org.mtas.es/mujer/mujeres/estud_inves/658.pdf
- PNUD- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. 2009. Rapport mondial sur le développement humain. Lever les barrières: Mobilité et développement humains. Disponible en : <http://hdr.undp.org/fr/rapports/mondial/rdh2009/>
- Porthé V, Ahonen E, Amable M, et al. 2007a. Condiciones de empleo y salud en inmigrantes. Revisión bibliográfica de la literatura científica (1985-2005). *Gaceta Sanitaria*. 21(1): 51.
- Porthé V, Amable M, Benach J. 2007b. La precariedad laboral y la salud de los inmigrantes en España: ¿qué sabemos y qué deberíamos saber?. *Archivos Prevención Riesgos Laborales*. 10(1): 34-9.
- Porthé V, Benavides FG, Vázquez ML et al. 2009. La precariedad laboral en inmigrantes en situación irregular en España y su relación con la salud. *Gaceta Sanitaria*. 23(1): 107-114.
- Porthé V, Ahonen E, Vazquez ML, et al. 2010. Extending a model of precarious employment: A qualitative study of immigrant workers in Spain. *American Journal of Industrial Medicine*. 53(4): 417-424.
- Pottie K, Ng E, Spitzer D, et al. 2008. Language proficiency, gender and self-reported health. An analysis of the first two waves of the longitudinal survey of immigrants to Canada. *Canadian Journal of Public Health*. 99: 505-510.
- Prado G, Schwartz SJ, Pattatuci-Aragón A, et al. 2006. The prevention of HIV transmission in Hispanic adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*. 84 (1): 43-53.
- Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía. 2008. Asociación para la defensa de la sanidad pública de Andalucía. Disponible en: http://www.fadsp.org/pdf/INDESAN_1.pdf
- Programa de Estocolmo. 2010. Una Europa abierta y segura que sirva y proteja al ciudadano. Disponible en: [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52010XG0504\(01\):ES:NOT](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52010XG0504(01):ES:NOT)
- Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. 2012. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. *Gaceta Sanitaria*. 26: 182-189.
- Pulerwitz J, Lillie T, Apicella L, et al. 2006. ABC messages for HIV prevention in Kenya: clarity and confusion, barriers and facilitators. Washington: Population Council. Disponible en: www.popcouncil.org/pdfs/horizons/kenyaabc.pdf

- Quan H, Fong A, De Coster C, et al. 2006. Variation in health services utilization among ethnic population. *Canadian Medical Association Journal*. 174(6): 787-791.
- Ramasco M, Palanca I. 2006. Sistema sanitario ante la diversidad sociocultural en la ciudad de Madrid. Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía del Ayuntamiento de Madrid. 377-385.
- Ramírez Arias JL, Ocampo Lujano R, Pérez Páez I, et al. 2011. La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. *Acta Médica Grupo Ángeles*. 9(3).
- Ramos JM, Pastor C, Masia M, et al. 2003. Health in the immigrant population: prevalence of latent tuberculosis, hepatitis B, hepatitis C, human immunodeficiency virus and syphilis infection]. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 21(10): 540-542.
- Rantala M, van de Laar MJW. 2008. Surveillance and epidemiology of hepatitis B and C in Europe-A review. *Eurosurveillance Archives*. 13:21. Disponible en: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=18880>.
- Ratha D, Sanket M. 2011. Preliminary Estimates of Diaspora Savings. *Migration and Development Brief 14*. Washington: World Bank.
- Read JG, Emerson MO, Tarlov A. 2005. Implications of Black Immigrant Health for U.S Racial Disparities in Health. *Journal of Immigrant and Health*. 7: 205-212.
- Read JG, Gorman BK. 2006. Gender inequalities in US adult health: The interplay of race and ethnicity. *Social Science & Medicine*. 62: 1045-1065.
- Regidor E, Sanz B, Pascual C, et al. 2009. La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España. *Gaceta Sanitaria*. 23:4-11.
- Regué B, Balanzó Fernández M, Roca Saumell X, et al. 2002. Paludismo importado: una enfermedad emergente. *Medicina Clínica*. 119:372-374.
- Reijneveld S.A. 1998. Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in the Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position?. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 52: 298-304.
- Reijneveld SA. 2000. The cross-cultural validity of self-reported use of health care: a comparison of survey and registration data. *Journal of Clinical Epidemiology*. 53: 267-272.
- Richardus JH, Vos D, Veldhuijzen IK, et al. 2004. Seroprevalence of hepatitis A virus antibodies in Turkish and Moroccan children in Rotterdam. *Journal of Medical Virology*. 72(2):197-202.
- Rico A. 2002. Desigualdades sociales en salud: procesos causales y evolución reciente en Europa. *Documentación social*. 127:15-44.
- Río Benito MJ, Álvarez Girón M, García Gil C, et al. 2003. Las mujeres inmigrantes en Sevilla: salud y condiciones de trabajo. Una revisión desde la medicina social. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. 104:123-144
- Ríos E, Ferrer L, Casabona J, et al. 2009. Conocimiento sobre el VIH y las infecciones de transmisión sexual en inmigrantes latinoamericanos y magrebíes en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*. 23(6): 533-538.
- Rodríguez E, Lanborena N, Pereda C, et al. 2008a. Impacto en la utilización de los servicios sanitarios de las variables sociodemográficas, estilos de vida y autovaloración de la salud por parte

- de los colectivos de inmigrantes del País Vasco, 2005. *Revista Española de Salud Pública*. 82: 209-20.
- Rodríguez E, Lanborena N, Senhaji M, et al. 2008b. Variables sociodemográficas y estilos de vida como predictoras de la autovaloración de la salud en colectivos de inmigrantes de la Comunidad Autónoma del País Vasco. *Gaceta Sanitaria*. 22(5): 533-538.
- Rodríguez E, Lanborena N, Errami M, et al. 2009. Relación del estatus migratorio y del apoyo social con la calidad de vida de los marroquíes en el País Vasco. *Gaceta Sanitaria*. 23: 29-37.
- Rodríguez JM, Sorroza Blanco A. 2009. El Espacio de Libertad, Seguridad y Justicia y la próxima Presidencia española de 2010. Parte 1ª: la implementación del Tratado de Lisboa y el programa de Estocolmo. Real Instituto El Cano. Disponible en: www.realinstitutoelcano.org
- Rodríguez Ocaña E, Maritnez Navarro F. 2011. Salud Pública en España. De la edad media al S.XXI. Escuela Andaluza de Salud Pública. Disponible en: http://www.ugr.es/~erodrig/EASP_NuevaSaludPublica_1-Historia.pdf
- Romero-Ortuño R. 2004. Access to health care for illegal immigrants in the EU: should we be concerned? *European Journal Health Law*. 11:245-272.
- Ronellenfitch U, Razum O. 2004. Deteriorating health satisfaction among immigrants from Eastern Europe to Germany. *International Journal for Equity in Health*. 3(1):4.
- Rousseau C, Kuile S, Munoz M, et al. 2008. Health care access for refugees and immigrants with precarious status: Public health and human rights challenges. *Canadian Journal of Public Health*. 99: 290-292.
- Sánchez Costa V. 2004. Integración sociolaboral de las personas inmigrantes. *Semata, Ciencias Sociales e Humanidades*. 16:251-268.
- Sanz B, Regidor E, Galindo S, et al. 2011. Pattern of health services use by immigrants from different regions of the world residing in Spain. *International Journal of Public Health*. 56(5): 567-576.
- Sasse A, Defraye A. 2006. Epidemiologie du SIDA et de l'infection de VIH en Belgique. Section Epidemiologie. Bruxelles: Intitut scientifique du Santé Publique. Disponible en: <http://www.iph.fgov.be/epidemio/epifr/aidsfr/aidsanfr/aids05fr.pdf>
- Saura RM, Suñol R, Vallejo P et al. 2008. El marco sanitario y el entorno psicosocial de la población magrebí en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*. 22: 547-554.
- Saurina C, Vall-Ilosera L, Saez M. 2010. A qualitative analysis of immigrant population health practices in the Girona Healthcare Region. *BMC Public Health*. 10:379-385.
- Schaap MM, Kunst AE, Leinsalu M. 2009. Female ever-smoking, education, emancipation and economic development in 19 European Countries. *Social Science & Medicine*. 68: 1271-1278.
- Schenkel K, Bremer V, Grabe C, et al. 2006. Outbreak of hepatitis A in two federal states of Germany: bakery products as vehicle of infection. *Epidemiology & Infection*. 134(6):1292-1298.
- Schenker MB. 2010. A global perspective of migration and occupational health. *American Journal Industrial Medicine*. 53(4):329-337.
- Scheppers E, Van Dongen E, Dekker J, et al. 2006. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Family Practice*. 23(3): 325-348.
- SEISIDA- Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA. 2012. Barreras psicosociales que están influyendo en el diagnóstico tardío de la infección por VIH. Disponible en: <http://news>.

- sida-aids.org/espana-seisida-inicia-un-estudio-para-determinar-las-causas-del-diagnostico-tardio-del-vih/
- Selten JP, Cantor-Graae E, Kahn RS. 2007. Migration and schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*. 20: 111-115.
- Simich L, Wu F, Nerad S. 2007. Status and health security: an exploratory study of irregular immigrants in Toronto. *Canadian Journal of Public Health*. 98: 369-373.
- Sinding SW. 2005. Does "CNN" (condoms, needles, negotiation) work better than "ABC" (Abstinence, Being faithful and Condom use) in attacking the AIDS epidemic? *International Family Planning Perspective*. 31: 38-40.
- Snelling D, Omariba WR, Hong S, et al. 2007. HIV/AIDS knowledge, women's education, epidemic severity and protective sexual behavior in low, and middle income, countries. *Journal of Biosocial Science*. 39:421-442.
- Solar O, Irwin A. 2010. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion, Paper 2. Debates, Policy and Practice, Case studies. Geneva: World health Organization. Disponible en: http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf
- Soler González J, Serna Arnáiz C, Rué M, et al. 2008. Utilización de recursos de atención primaria por parte de inmigrantes y autóctonos que han contactado con los servicios asistenciales de la ciudad de Lleida. *Atención Primaria*. 40:225-231.
- Sorroza Blanco A. 2006. La Conferencia Euroafricana de Migración y Desarrollo: más allá del espíritu de Rabat. Real Instituto El Cano. Disponible en: http://www.realinstitutoelcano.org/analisis/1028/1028_Sorroza_Conferencia_Euroafricana_Migracion_Desarrollo.pdf.org
- Sorroza Blanco A. 2010. Presidencia Española. Retos en una nueva Unión Europea. Disponible en: http://www.realinstitutoelcano.org/wps/wcm/connect/7d697d00420b1ac4bc93bd41e48b7529/libro_presidencia_abril2010.pdf?MOD=AJPERES.
- Sousa E, Agudelo-Suárez A, Benavides F, et al. 2010. Immigration, work and health in Spain: the influence of legal status and employment contract on reported health indicators. *International Journal of Public Health*. 55(5): 443-451.
- Spencer MS, Chen J, Gee GC, et al. 2010. Discrimination and mental health-related service use in a national study of Asian Americans. *American Journal of Public Health*. 100(12): 2410-2417.
- Stansfeld SA, Fuhrer R, Head J, et al. 1999. Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II study. *Occupational and Environmental Medicine*. 56: 302-307.
- Starfield B. 2007. Pathways of influence on equity in health. *Social Science & Medicine*. 64: 1355-1362.
- Steel Z, Silove D, Brooks R, et al. 2006. The impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees. *British Journal of Psychiatry*. 188:58-64.
- Stock C, Guillén-Grima F, Prufer-Kramer L, et al. 2001. Sexual behavior and the prevalence of Chlamydia trachomatis infection in asymptomatic students in Germany and Spain. *European Journal of Epidemiology*. 17: 385-390.
- Stronks K, Ravelli AC, Reijneveld SA. 2001. Immigrants in the Netherlands. Equal access for equal needs?. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 55: 701-707.
- Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, et al. 2009. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*. 374 (9686): 315-323.

- Sudarshi D, Pao D, Murphy G et al. 2008. Missed opportunities for diagnosing primary HIV infection. *Sexually Transmitted Infections*. 84: 14-26.
- Suhrcke M, De Paz Nieves C. 2011. The impact of health and health behaviors on educational outcomes in high income countries: a review of the evidence. Copenhagen: WHO Regional Office of Europe, 2011. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/134671/e94805.pdf
- Suijkerbuijk AWM, Lindeboom R, van Steenbergen JE, et al. 2008. Effect of Hepatitis A vaccination programmes for migrant children on the incidence of Hepatitis A in the Netherlands. *European Journal of Public Health*. 19:240-244.
- Sullivan L, Fiellin D. 2010. HIV/AIDS, comorbidity, and alcohol. *Alcohol Research and Health*. 33(3): 258-266.
- Sundquist J. 2001. Migration, equality and access to health care services. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 55: 691-702.
- Sutcliffe B. 1996. Nacido en otra parte. Un ensayo sobre la migración internacional, el desarrollo y la equidad, HEGOIA. Disponible en: http://www.hegoia.ehu.es/dossierra/migracion/Nacido_en_otra_parte.pdf
- Swinnen SG, Selten JP. 2007. Mood disorders and migration: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*. 190: 6-10.
- Syed HR, Dalgard OS, Dalen I, et al. 2006. Psychosocial factors and distress: a comparison between ethnic Norwegians and ethnic Pakistanis in Oslo, Norway. *BMC Public Health*. 6: 182-191.
- Tarán P, Geronimi E. 2002. Globalization, labor and migration: protection is Paramount. Ponencia presentada en la Conferencia Hemisférica sobre Migración Internacional, Derechos humanos y trata de personas en las Américas. CEPAL/OIM: Santiago de Chile.
- Taylor MP, Sarno L. 2004. International Real Interest Rate Differentials, Purchasing Power Parity and the Behavior of Real Exchange Rates: The Resolution of a Conundrum. *International Journal of Finance and Economics*. 9: 15-23.
- Taylor S. 2007. Approaches to health and illness. En: Taylor S. Field D. *Sociology of health and health care*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Terraza-Núñez R, Vázquez ML, Vargas I, et al. 2011. Health professional perceptions regarding healthcare provision to immigrants in Catalonia. *International Journal of Public Health*. 56(5): 549-557.
- Terrón A. 2005. Balance y futuro de la Agenda Tampere. En II Seminario Inmigración y Europa. Cinco años después de Tampere, Barcelona: Fundación CIDOB.
- Teva I, Bermúdez MP, Buéla-Casal G. 2009. Conductas de riesgo para la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual (ETS) en adolescentes en el año 2007: diferencias en función de variables sociodemográficas. *Revista Española de Salud Pública*. 83: 309-320.
- Thorne S, Jensen L, Kearney MH, et al. 2004. Qualitative Metasynthesis: Reflections on Methodological Orientation and Ideological Agenda. *Qualitative Health Research*. 14(10): 1342-1365.
- Tori CD, Amawattana T. 1993. Knowledge and attitudes about AIDS: a comparative study of Thais involved in sexual occupations, university students and immigrants living in the United States. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 76: 46-52.

- Tratado de Ámsterdam. 1997. Por el que se modifica el Tratado de la Unión Europea, los Tratados constitutivos de las comunidades europeas y determinados actos conexos. Disponible en: <http://extranjeros.empleo.gob.es/es/normativajurisprudencia/UnionEuropea/Tratados/documentos/Amsterdam.pdf>
- Trivedi AN, Ayanian JZ. 2006. La percepción de la discriminación y el uso de servicios preventivos de salud. *Journal of General Internal Medicine*. 21 (6): 553-558.
- Uiters E, Deville W, Foets M, et al. 2006. Use of health care services by ethnic minorities in The Netherlands: do patterns differ? *European Journal of Public Health*. 16(4): 388-393.
- United Nations Millennium Declaration. 2012. Disponible en: <http://daccessods.un.org/access.nsf/Get?OpenAgent&DS=A/RES/55/2&Lang=E>.
- Valdiserri R. 2002. HIV/AIDS stigma: an impediment to public health. *American Journal of Public Health*. 92: 5-6.
- Vall-Llosera L, Saurina C, Saez M. 2009. Inmigración y salud: necesidades y utilización de los servicios de atención primaria por parte de la población inmigrante en la región sanitaria Girona. *Revista Española Salud Pública*. 83(2): 291-307.
- Van de Mheen H, Stronks K, Looman C, et al. 1998. Role of childhood health in the explanation of socioeconomic inequalities in early adult health. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 52: 15-19.
- Van Ryn M. 2002. Research on the provider contribution to race/ethnicity disparities in medical care. *Medical Care*. 40: 1140-1151.
- Van Ryn M, Fu SS. 2003. Paved with good intentions: do public health and human service providers contribute to racial/ethnic disparities in health? *American Journal of Public Health*. 93: 248-255.
- Vázquez Navarrete ML, Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, et al. 2009. Necesidades de los profesionales de salud en la atención a la población inmigrante. *Gaceta Sanitaria*. 23(5): 396-402.
- Vázquez-Villegas J. 2006. Inmigración y salud: ¿un nuevo modelo de atención primaria para un nuevo modelo de sociedad?. *Atención Primaria*. 37: 249-250.
- Veenstra I, Luginaah S, Wakefield S, et al. 2005. Who you know, where you live: social capital, neighbourhood and health. *Social Science & Medicine*. 60: 2799-2818.
- Vega WA, Zimmerman R, Warheit G, et al. 2002. Acculturation, stress and Latino adolescent drug use. In: Maney A, Ramos J (Eds.) *Socioeconomic conditions, stress and mental disorders: toward a new synthesis of research and public policy*. Washington DC: National Institute of Mental Health.
- Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA en España. 2011. Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH y registro nacional de casos de SIDA. Disponible en: http://www.msc.es/novedades/docs/InformeVIH-sida_Junio2011.pdf
- Vlahov D, Freudenberg N, Proietti F. 2007. Urban as a determinant of health. *Journal of Urban Health*. 84(3): 16-26.
- Wagstaff A. 2002. Poverty and health sector inequalities. *Bulletin of the World Health Organization*. 80: 97-105.
- Waterston T, Alperstein G, Steward Brown S. 2004. Social capital: a key factor in child health inequalities. *Archives of Disease in Childhood*. 89: 456-459.

- Whitehead M. 1992. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*. 22: 429-445.
- Whitehead M, Dahlgren G. 2006. Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. *Studies on social and economic determinants of population health*, No2. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Wilkinson RG. 1997. Socioeconomic determinants of health: health inequalities: reactive or absolute standards?. *British Medical Journal*. 314: 591-595.
- Wilkinson RG, Pickett KE. 2006. Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence". *Social Science & Medicine*. 62(7): 1768-1784.
- Williams DR. 2002. Racial/Ethnic Variations in Women's Health: the Social Embeddedness of Health. *American Journal of Public Health*. 92(4): 588-97.
- Williams DR, Mohammed SA. 2009. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *Journal of Behavioral Medicine*. 32(1): 20-47.
- Wyatt SB, Williams DR, Calvin R, et al. 2003. Racism and cardiovascular disease in African Americans. *American Journal of Medical Sciences*. 325: 315-31.
- Yang H, Li X, Stanton B, et al. 2005. Heterosexual transmission of HIV in China: a systematic review of behavioral studies in the past two decades. *Sexual Transmitted Diseases*. 32(5): 270-280.
- Yu J. 2010. Young people of Chinese origin in western countries: a systematic review of their sexual attitudes and behaviour. *Health and Social Care in the Community*. 18: 117-128.
- Zhang F, Dou Z, Ma Y, et al. 2011. Effect of earlier initiation of antiretroviral treatment and increased treatment coverage on HIV-related mortality in China: a national observational cohort study. *Lancet Infectious Disease*. 11(7): 516-524.
- Zhou L, Guo J, Zhanbao MA, et al. 2011. Effectiveness of Peer Education on Knowledge and Attitudes of HIV/AIDS in Shenyang, China. *World Medical & Health Policy*. 3(2): 1-13.
- Zimmermann, KF. 2005. *European Migration: What Do We Know?*. Oxford: Oxford University Press.

ÍNDICE DE TABLAS

	<i>Página</i>
Tabla 1.1. Distribución de la Población total y extranjera en España por CC.AA (1998 y 2010).	57
Tabla 1.2. Evolución del porcentaje de extranjería sobre el total de población en los territorios históricos, 1998-2012.	58
Tabla 1.3. Distribución de la Población extranjera de la CAPV, por sexo y territorios históricos, 2012	59
Tabla 1.4. Evolución de la población extranjera empadronada y con autorización de residencia en la CAPV (1998-2011).	60
Tabla 1.5. Población extranjera en España, por principales países de nacionalidad (2008 y 2011).	61
Tabla 1.6. Evolución e incremento de las principales nacionalidades extranjeras en España (2001-2011).	63
Tabla 1.7. Distribución de la población activa, según lugar de nacimiento (Primer trimestre de 2010).	68
Tabla 3.1. Contenido de la Encuesta de Salud de la Población Inmigrante de la Comunidad Autónoma del País Vasco, 2009.	94
Tabla 3.2. Distribución de la muestra según sexo y zona geográfica de procedencia, 2009.	95
Tabla 3.3. Variables originales, modificaciones realizadas y variables finales utilizadas.	97
Tabla 4.1. Distribución de la edad de la muestra por origen geográfico sexo y edad, 2009.	110
Tabla 4.2. Distribución de la actividad laboral por origen geográfico y sexo, 2009.	115
Tabla 4.3. Distribución porcentual de Apoyo Social por origen geográfico y sexo, 2009.	116
Tabla 4.4. Distribución sobre la utilización del preservativo en la última relación y la declaración de ITS en el último año, por origen geográfico y sexo, 2009.	122
Tabla 4.5. Distribución porcentual del número de parejas en el último año por origen geográfico y sexo, 2009.	123
Tabla 4.6. Distribución porcentual de los síntomas de ansiedad/depresión (MHI-5), por origen geográfico y sexo, 2009.	125

	<i>Página</i>
Tabla 4.7. Distribución de las características sociodemográficas por origen geográfico y sexo, 2009.	128
Tabla 4.8. Distribución de las variables de salud y de servicios sanitarios según origen geográfico y sexo, 2009.	130
Tabla 4.9. Distribución de las variables de conocimientos del VIH, del lugar en el que realizar la prueba diagnóstica y de salud sexual según origen geográfico y sexo, 2009.	132
Tabla 4.10. OR (IC 95%) ajustados por edad de mala salud percibida, según diferentes factores	135
Tabla 4.11. OR (IC 95%) de mala salud percibida según diferentes factores.	136
Tabla 4.12. OR (IC 95%) ajustados por edad de conocimientos inadecuados sobre la transmisión del VIH según diferentes factores.	137
Tabla 4.13. OR (IC 95%) de conocimientos inadecuados sobre la transmisión del VIH según diferentes factores.	138
Tabla 4.14. OR (IC 95%) ajustados por edad de conocimientos inadecuados sobre la prevención del VIH, según diferentes factores.	140
Tabla 4.15. OR (IC 95%) de conocimientos inadecuados sobre la prevención del VIH según diferentes factores.	141
Tabla 4.16. OR (IC 95%) ajustados por edad de conocimientos inadecuados sobre el lugar en el que realizar la prueba diagnóstica del VIH, según diferentes factores.	143
Tabla 4.17. OR (IC 95%) de conocimientos inadecuados sobre el lugar en el que realizar la prueba diagnóstica del VIH según diferentes factores.	144
Tabla 4.18. OR (IC 95%) ajustados por edad de utilización de los servicios de Atención Primaria según diferentes factores.	146
Tabla 4.19. OR (IC 95%) de utilización de los servicios de Atención Primaria según diferentes factores.	147
Tabla 4.20. OR (IC 95%) ajustados por edad de utilización de los servicios de Urgencias Hospitalarias, según diferentes factores.	149
Tabla 4.21. OR (IC 95%) de utilización de los servicios de Urgencias Hospitalarias según diferentes factores.	150

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	<i>Página</i>
Gráfico 1.1. Evolución anual de la población empadronada (en números absolutos) de población extranjera en España, 1980-2010.	55
Gráfico 1.2. Población extranjera en la CAPV y en los territorios históricos por áreas de nacionalidad, 2012.	64
Gráfico 1.3. Pirámide demográfica de la población española y extranjera, a 1 de enero de 2010.	66
Gráfico 4.1. Composición de la muestra, por lugar de nacimiento y sexo, 2009.	110
Gráfico 4.2. Distribución porcentual del tiempo de estancia en el país de destino por origen geográfico y sexo, 2009.	111
Gráfico 4.3. Distribución porcentual de la situación administrativa en el país de destino por origen geográfico y sexo, 2009.	111
Gráfico 4.4. Distribución porcentual del nivel de estudios por origen geográfico y sexo, 2009.	112
Gráfico 4.5. Distribución porcentual del nivel de comprensión del castellano por origen geográfico y sexo, 2009.	113
Gráfico 4.6. Distribución porcentual de la situación laboral por origen geográfico y sexo, 2009.	114
Gráfico 4.7. Distribución porcentual de la satisfacción laboral por origen geográfico y sexo, 2009.	115
Gráfico 4.8. Distribución porcentual de la satisfacción con la vida social por origen geográfico y sexo, 2009.	116
Gráfico 4.9. Distribución de discriminación percibida por origen geográfico y sexo, 2009.	117
Gráfico 4.10. Distribución de discriminación percibida en los espacios sanitario, social y educativo por origen geográfico y sexo, 2009.	118
Gráfico 4.11. Distribución de conocimientos sobre el lugar en el realizar la prueba diagnóstica, haber oído hablar sobre el VIH y Sida y haber recibido consejo sanitario sobre VIH y Sida en los servicios de Atención Primaria por origen geográfico y sexo, 2009.	119
Gráfico 4.12. Distribución de los conocimientos sobre la transmisión del VIH por origen geográfico y sexo, 2009.	120
Gráfico 4.13. Distribución de los conocimientos sobre la prevención del VIH por origen geográfico y sexo, 2009.	121

	<i>Página</i>
Gráfico 4.14. Distribución porcentual de la autovaloración de la salud por origen geográfico y sexo, 2009.	124
Gráfico 4.15. Distribución porcentual de la presencia de problemas crónicos por origen geográfico y sexo, 2009.	124
Gráfico 4.16. Distribución de la utilización de la Atención Primaria por origen geográfico y sexo, 2009.	126
Gráfico 4.17. Distribución de la utilización de la Urgencia Hospitalaria por origen geográfico y sexo, 2009.	127

ÍNDICE DE FIGURAS

	<i>Página</i>
Figura 1.1. Modelo de los determinantes sociales de la salud.	37
Figura 1.2. Modelo de los determinantes de las desigualdades sociales en salud.	45
Figura 1.3. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud.	46
Figura 1.4. Distribución porcentual de personas inmigrantes viviendo en los países de la Unión Europea, 2010.	69

ANEXO:

Cuestionario de salud de la población inmigrante en el País Vasco

CUESTIONARIO FAMILIAR

“PARA TODAS LAS PERSONAS” CONSULTAS

PERIODO DE REFERENCIA: 12	MÉDICOS																																						
<p>LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A LAS CONSULTAS A LOS Y LAS PROFESIONALES DE LA SALUD REALIZADAS DESDE EL DÍAHASTA AYER</p> <p>ENCUESTADORES RECORDAR LA FECHA</p> <p style="text-align: center;"><u>CONSULTAS A MEDICOS</u></p> <p>1.a) Desde . . . hasta ayer. ¿Cuántas veces . . . ha consultado a un médico o médica?</p>	<p>1.a) VECES </p>																																						
<p>1.b) ¿Cuándo consultó . . . por última vez?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">. Hace menos de 6 meses</td> <td style="width: 3%;">1</td> <td style="width: 33%;">. De más de 2 años a 5 años</td> <td style="width: 3%;">4</td> <td style="width: 33%;">. Ns/Nc</td> <td style="width: 3%;">0</td> </tr> <tr> <td>. De 6 meses a 1 año</td> <td>2</td> <td>. Más de 5 años</td> <td>5</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>. De más de 1 año a 2 años</td> <td>3</td> <td>. Nunca</td> <td>6</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	. Hace menos de 6 meses	1	. De más de 2 años a 5 años	4	. Ns/Nc	0	. De 6 meses a 1 año	2	. Más de 5 años	5			. De más de 1 año a 2 años	3	. Nunca	6			<p>1.b) ULTIMA CONSULTA</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;">Menos de 6 meses</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>6 meses a 1 año</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>+ 1 < de 2 años</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>+ 2 < de 5 años</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>+ de 5 años</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>Nunca</td> <td style="text-align: center;">6</td> </tr> <tr> <td>Ns/Nc</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </table>	Menos de 6 meses	1	6 meses a 1 año	2	+ 1 < de 2 años	3	+ 2 < de 5 años	4	+ de 5 años	5	Nunca	6	Ns/Nc	0						
. Hace menos de 6 meses	1	. De más de 2 años a 5 años	4	. Ns/Nc	0																																		
. De 6 meses a 1 año	2	. Más de 5 años	5																																				
. De más de 1 año a 2 años	3	. Nunca	6																																				
Menos de 6 meses	1																																						
6 meses a 1 año	2																																						
+ 1 < de 2 años	3																																						
+ 2 < de 5 años	4																																						
+ de 5 años	5																																						
Nunca	6																																						
Ns/Nc	0																																						
<u>CONSULTAS A DENTISTAS</u>	DENTISTAS																																						
<p>2.a) Desde . . . hasta ayer. ¿Cuántas veces . . . ha consultado a un o una dentista?</p>	<p>2.a) VECES </p>																																						
<p>2.b) ¿Cuándo consultó . . . por última vez?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">. Hace menos de 6 meses</td> <td style="width: 3%;">1</td> <td style="width: 33%;">. De más de 2 años a 5 años</td> <td style="width: 3%;">4</td> <td style="width: 33%;">. Ns/Nc</td> <td style="width: 3%;">0</td> </tr> <tr> <td>. De 6 meses a 1 año</td> <td>2</td> <td>. Más de 5 años</td> <td>5</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>. De más de 1 año a 2 años</td> <td>3</td> <td>. Nunca</td> <td>6</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	. Hace menos de 6 meses	1	. De más de 2 años a 5 años	4	. Ns/Nc	0	. De 6 meses a 1 año	2	. Más de 5 años	5			. De más de 1 año a 2 años	3	. Nunca	6			<p>2.b) ULTIMA CONSULTA</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;">Menos de 6 meses</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>6 meses a 1 año</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>+ 1 < de 2 años</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>+ 2 < de 5 años</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>+ de 5 años</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>Nunca</td> <td style="text-align: center;">6</td> </tr> <tr> <td>Ns/Nc</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </table>	Menos de 6 meses	1	6 meses a 1 año	2	+ 1 < de 2 años	3	+ 2 < de 5 años	4	+ de 5 años	5	Nunca	6	Ns/Nc	0						
. Hace menos de 6 meses	1	. De más de 2 años a 5 años	4	. Ns/Nc	0																																		
. De 6 meses a 1 año	2	. Más de 5 años	5																																				
. De más de 1 año a 2 años	3	. Nunca	6																																				
Menos de 6 meses	1																																						
6 meses a 1 año	2																																						
+ 1 < de 2 años	3																																						
+ 2 < de 5 años	4																																						
+ de 5 años	5																																						
Nunca	6																																						
Ns/Nc	0																																						
<u>CONSULTAS DE ENFERMERÍA</u>	ENFERMERÍA																																						
<p>3.a) Desde . . . hasta ayer. ¿Cuántas veces . . . ha consultado a un o una enfermera?</p>	<p>3.a) VECES </p>																																						
<p>3.b) ¿Cuándo consultó . . . por última vez?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">. Hace menos de 6 meses</td> <td style="width: 3%;">1</td> <td style="width: 33%;">. Más de 5 años</td> <td style="width: 3%;">5</td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 3%;"></td> </tr> <tr> <td>. De 6 meses a 1 año</td> <td>2</td> <td>. Nunca</td> <td>6</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>. De más de 1 año a 2 años</td> <td>3</td> <td>. Ns/Nc</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>. De más de 2 años a 5 años</td> <td>4</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	. Hace menos de 6 meses	1	. Más de 5 años	5			. De 6 meses a 1 año	2	. Nunca	6			. De más de 1 año a 2 años	3	. Ns/Nc	0			. De más de 2 años a 5 años	4					<p>3.b) ULTIMA CONSULTA</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;">Menos de 6 meses</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>6 meses a 1 año</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>+ 1 < de 2 años</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>+ 2 < de 5 años</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>+ de 5 años</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>Nunca</td> <td style="text-align: center;">6</td> </tr> <tr> <td>Ns/Nc</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </table>	Menos de 6 meses	1	6 meses a 1 año	2	+ 1 < de 2 años	3	+ 2 < de 5 años	4	+ de 5 años	5	Nunca	6	Ns/Nc	0
. Hace menos de 6 meses	1	. Más de 5 años	5																																				
. De 6 meses a 1 año	2	. Nunca	6																																				
. De más de 1 año a 2 años	3	. Ns/Nc	0																																				
. De más de 2 años a 5 años	4																																						
Menos de 6 meses	1																																						
6 meses a 1 año	2																																						
+ 1 < de 2 años	3																																						
+ 2 < de 5 años	4																																						
+ de 5 años	5																																						
Nunca	6																																						
Ns/Nc	0																																						

PERIODO DE REFERENCIA: 6
URGENCIAS

Las siguientes preguntas se refieren a las urgencias sanitarias desde el día hasta ayer.

4.a) Desde hasta ayer ¿ ha solicitado alguna vez atención sanitaria urgente (en un centro distinto del habitual o en el centro habitual pero fuera de las horas de consulta) (A partir de las 17 h.)?

URGENCIAS

4.a) Si No Ns/Nc

1	2	0
---	---	---

(31) (31)

30.b) ¿Cuántas veces?

30.b) VECES

--	--	--

PREGUNTAR POR LA ULTIMA VEZ QUE SE NECESITO ASISTENCIA URGENTE (Indique una sólo respuesta)
5.c) Solicitó asistencia urgente porque . . .

5.c) ULTIMA VEZ

. Tenía un problema de salud leve pero es más cómodo ir a urgencias 1
. Tenía un problema de salud leve que necesitaba asistencia inmediata 2
. Creía tener un problema de salud grave 3
. Tenía un problema y no sabía su importancia 4
. Ns/Nc 0

Leve 1
Asist. Inmediata 2
Grave 3
Importancia 4
Ns/Nc 0

6.d) ¿Cuál fue el problema de salud que motivó la urgencia?

6.d) PROB. SALUD

--	--	--	--

ANOTAR LITERALMENTE

7.e) ¿Dónde tuvo lugar la asistencia?

. Hospital 1
. Ambulatorio o consultorio público 2
. Domicilio 3
. Por teléfono 4
. Otros (especificar) 5
. Ns/Nc 0

→ pasar a p.7.g

7.e) LUGAR

Hospital
Ambulatorio
Domicilio
Teléfono
Otros
Ns/Nc

1	2	3	4	5	0
---	---	---	---	---	---

 → p.7.g

7.f) ¿En qué centro tuvo lugar la urgencia?

7.f) Nombre del centro

--	--	--	--

7.g) El tiempo transcurrido desde que solicitó la asistencia hasta que le atendieron fue...

Adecuado 1
Largo 2
Excesivo 3

7.g) TIEMPO DE ESPERA

Adecuado 1
Largo 2
Excesivo 3

7.h) A continuación de la asistencia . . .

. Ingresó en un hospital 1 → (pasar a la preg. 8.b)
. Acudió o le enviaron a otro centro 2
. Volvió a su domicilio con el problema resuelto 3
. Volvió a su domicilio y necesitó los cuidados de su médico de cabecera 4
. Ns/Nc 0

7.h)

Hospital 1 → p.8.b
Otro Centro 2
Domicilio 3
Domic. M.C. 4
Ns/Nc 0

7.i) A continuación le voy a preguntar acerca de su opinión sobre los servicios relacionados con su asistencia urgente.

En primer lugar me referiré al trato recibido por el personal que le atendió

¿Cómo le pareció . . .

. El trato recibido por el personal de recepción, información y citas (personal administrativo, subalterno, telefonistas..)

En segundo lugar me interesa su opinión acerca de algunos aspectos de su asistencia

¿Cómo le pareció . . .

. La competencia y habilidad profesional del personal médico?
. El trato dado por el médico o la médica?
. La información que recibió durante la asistencia urgente?
. La información al alta?
. Los medios de los que dispone ?

Por último, me gustaría que hiciera una valoración global de la asistencia urgente

¿Cómo le pareció . . .

. La asistencia recibida en general?

7.i) SATISFACCION

Ex Mb B R M Ns/Nc

Recep.

1	2	3	4	5	0
---	---	---	---	---	---

Consulta

Comptet

1	2	3	4	5	0
---	---	---	---	---	---

Médico

Inform.

1	2	3	4	5	0
---	---	---	---	---	---

Infor.alta

Medios

1	2	3	4	5	0
---	---	---	---	---	---

Asistencia

1	2	3	4	5	0
---	---	---	---	---	---

Asistencia

1	2	3	4	5	0
---	---	---	---	---	---

Asistencia

1	2	3	4	5	0
---	---	---	---	---	---

Asistencia

1	2	3	4	5	0
---	---	---	---	---	---

Asistencia

1	2	3	4	5	0
---	---	---	---	---	---

Asistencia

1	2	3	4	5	0
---	---	---	---	---	---

Asistencia

1	2	3	4	5	0
---	---	---	---	---	---

Asistencia

1	2	3	4	5	0
---	---	---	---	---	---

Asistencia

1	2	3	4	5	0
---	---	---	---	---	---

Asistencia

1	2	3	4	5	0
---	---	---	---	---	---

Asistencia

1	2	3	4	5	0
---	---	---	---	---	---

Asistencia

1	2	3	4	5	0
---	---	---	---	---	---

Asistencia

1	2	3	4	5	0
---	---	---	---	---	---

Asistencia

1	2	3	4	5	0
---	---	---	---	---	---

Asistencia

1	2	3	4	5	0
---	---	---	---	---	---

Asistencia

1	2	3	4	5	0
---	---	---	---	---	---

Asistencia

1	2	3	4	5	0
---	---	---	---	---	---

Asistencia

1	2	3	4	5	0
---	---	---	---	---	---

Asistencia

1	2	3	4	5	0
---	---	---	---	---	---

Asistencia

1	2	3	4	5	0
---	---	---	---	---	---

Asistencia

1	2	3	4	5	0
---	---	---	---	---	---

Asistencia

1	2	3	4	5	0
---	---	---	---	---	---

7.j) Su médico o médica de cabecera sabe que fue Ud a urgencias por este problema de salud?

7. j) Si No Ns/Nc

1	2	0
---	---	---

PERIODO DE REFERENCIA: 12**“HOSPITALIZACIONES”**

<p>Las siguientes preguntas se refieren a las hospitalizaciones ocurridas desde el día hasta ayer</p> <p>8.a) Desde hasta ayer, ¿. . . ha estado hospitalizado/a alguna vez? (recordar partos)</p>		<p>HOSPITALIZACIONES</p> <p>8.a) Si No Ns/ 1 2 3 4 5 0</p> <p>(32) (3)</p>
<p>8.b) Desde hasta ayer. ¿Cuántas veces . . . ha estado hospitalizado/a en total?</p>		<p>8.b) VECES 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12</p>
<p>8.c) Desde hasta ayer. ¿Cuántas noches . . . ha estado hospitalizado/a en total?</p> <p>(EXCEPTO A LOS QUE SIGUEN INGRESADOS/AS)</p>		<p>8.c) NOCHES 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12</p>
<p>8.e) ¿ Recibió el informe de alta? (Tener en cuenta las dos posibilidades: en mano o envío a domicilio)</p> <p>1. Si, en mano</p> <p>2. Si, por correo</p> <p>3. No</p>		<p>8.e)</p> <p>Si, en mano 1</p> <p>Si, por correo 2</p> <p>No, 3</p> <p>Ns/Nc 0</p>
<p>8.f) ¿Me podría enseñar el informe de alta? Anotar literalmente</p> <p>(Si no recibió el informe de alta, anotar el motivo de salud que originó la hospitalización)</p>		<p>8.f) ALTA</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>8.g) ¿En qué centro tuvo lugar la hospitalización?</p>		<p>8.g)</p> <p>HOSPITAL 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12</p>
<p>8.h) ¿Tiene Vd. un/a médico/a de referencia a quien acudir la mayor parte de las veces que quiere consultar un problema de salud?</p> <p>. Si, un médico general (de familia) de Osakidetza 1</p> <p>. Si, un médico especialista de Osakidetza 2</p> <p>. Si, un médico particular 3</p> <p>. Si, un familiar o amigo médico 4</p> <p>. No, acudo a uno u otro médico según sea el problema 5</p> <p>. No 6</p> <p>Preg. 8.i</p> <p>Preg. 8.l</p>		<p>8.h) MÉDICO DE REFERENCIA</p> <p>Si, Méd. general 1</p> <p>Si, Méd. especialista 2</p> <p>Si, Méd. particular 3</p> <p>Si, fam. o amigo méd. 4</p> <p>No, otro Médico 5</p> <p>No 6</p> <p>p.8.i</p> <p>p.8.l</p>
<p>8.i) ¿Antes del ingreso, sabía su médico de referencia que le iban a hospitalizar?</p> <p>. Si 1</p> <p>. No 2</p>		<p>8.i)</p> <p>Si No Nc/Ns</p> <p>1 2 0</p>
<p>8.j) ¿Envía el hospital a su médico de referencia información de lo ocurrido en el hospital (intervención, tratamiento, pronóstico, etc)?</p> <p>. Si, se encargan ellos mismos 1</p> <p>. Si, a través de mí 2</p> <p>. No 3</p> <p>. No sé 4</p>		<p>8.j)</p> <p>Si, ellos mismos 1</p> <p>Si, a través de mí 2</p> <p>No 3</p> <p>No lo sé 4</p>
<p>8.k) ¿Cuándo salió del hospital, visitó, o tiene previsto visitar a su médico de referencia para explicarle lo que ocurrió durante el ingreso?</p> <p>. Si, me lo aconsejaron en el hospital 1</p> <p>. Si, por mi propia iniciativa 2</p> <p>. No lo tenía previsto 3</p>		<p>8.k)</p> <p>Si, me lo aconsejaron 1</p> <p>Si, propia iniciativa 2</p> <p>No lo tenía previsto 3</p>
<p>8.l) A continuación le voy a preguntar acerca de su opinión con los servicios relacionados con su ingreso en el hospital</p> <p>En primer lugar me referiré a los servicios prestados por el personal de recepción y/o información</p> <p>¿Cómo le parecieron. . .</p> <p>. los tramites necesarios para el ingreso?</p> <p>En segundo lugar, me referiré a los servicios prestados por el personal médico</p> <p>¿Cómo le pareció . . .</p> <p>. La información que recibí del personal médico?</p> <p>. Los medios de los que dispone el personal médico?</p> <p>Por último, me gustaría que hiciera una valoración global</p> <p>¿Cómo le pareció . . .</p> <p>. La asistencia recibida en general ?</p>		<p>8.l) SATISFACCION</p> <p>Ex Mb B R M Ns/Nc</p> <p>Trámites 1 2 3 4 5 0</p> <p>Información 1 2 3 4 5 0</p> <p>Medios 1 2 3 4 5 0</p> <p>Asistencia 1 2 3 4 5 0</p>
<p>8.m) ¿Quién se hizo cargo de la mayor parte de los costes de hospitalización?</p> <p>. Osakidetza-Seguridad Social 1</p>		<p>8.m) COSTES</p> <p>Osakidetza</p> <p>M. Colectiva</p>

DESIGUALDADES EN SALUD EN LOS GRUPOS DE INMIGRANTES VIVIENDO EN LA CAPV

. Mutua Afiliación Colectiva (obligatoria) 2 . Particular 3 . Mutua Afiliación Privada (voluntaria) 4 . Bienestar Social 5 . Ns/Nc 0	Particular M. Privada Bienestar Social Ns/Nc									
8.n) ¿ Conoce su médico o médica de cabecera que estuvo ingresado/a por este problema de salud?	8.n) Sí No Ns/Nc									
8.o) ¿Cómo le pareció el tiempo que estuvo ingresado/a en el hospital ?	8.o) TIEMPO									
. Corto, su problema de salud requería que su estancia hubiese sido más larga 1 . Adecuado a las necesidades de su salud 2 . Largo, le pudieron haber dado el alta antes 3	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>0</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td>Corto</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Adecuado</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Largo</td> <td>3</td> </tr> </table>	1	2	0	Corto	1	Adecuado	2	Largo	3
1	2	0								
Corto	1									
Adecuado	2									
Largo	3									

“PROBLEMAS CRÓNICOS”

La siguiente cuestión se refiere a problemas de salud de larga duración o que puedan repetirse con frecuencia.

ENCUESTADOR: DAR LA TARJETA DE PROBLEMAS CRÓNICOS A LA FAMILIA, LEER DETENIDAMENTE CON ELLOS Y ANOTAR LOS CÓDIGOS DE LOS PROBLEMAS EN LAS CASILLAS CORRESPONDIENTES.

10.a) ¿Hay alguien de su familia que tenga?

01	Caries	NO	SÍ → ¿Quién?	¿Alguien más?
02	Otros problemas dentales	NO	SÍ → ¿Quién?	¿Alguien más?
03	Ciática, lumbago y dolores de espalda	NO	SÍ → ¿Quién?	¿Alguien más?
04	Dolor de espalda crónico cervical	NO	SÍ → ¿Quién?	¿Alguien más?
05	Sordera	NO	SÍ → ¿Quién?	¿Alguien más?
06	Hipertensión	NO	SÍ → ¿Quién?	¿Alguien más?
07	Colesterol elevado	NO	SÍ → ¿Quién?	¿Alguien más?
08	Asma	NO	SÍ → ¿Quién?	¿Alguien más?
09	Alergia crónica	NO	SÍ → ¿Quién?	¿Alguien más?
10	Cáncer	NO	SÍ → ¿Quién?	¿Alguien más?
11	Arterioesclerosis	NO	SÍ → ¿Quién?	¿Alguien más?
12	Varices	NO	SÍ → ¿Quién?	¿Alguien más?
13	Bronquitis crónica	NO	SÍ → ¿Quién?	¿Alguien más?
14	Piedras en el riñón	NO	SÍ → ¿Quién?	¿Alguien más?
15	Ceguera parcial o total, cataratas	NO	SÍ → ¿Quién?	¿Alguien más?
16	Prob. crónicos de corazón, infarto de miocardio	NO	SÍ → ¿Quién?	¿Alguien más?
17	Úlcera de estómago y duodeno	NO	SÍ → ¿Quién?	¿Alguien más?
18	Artrosis y otros reumatismos	NO	SÍ → ¿Quién?	¿Alguien más?
19	Problemas crónicos de la piel	NO	SÍ → ¿Quién?	¿Alguien más?
20	Piedras en la vesícula biliar	NO	SÍ → ¿Quién?	¿Alguien más?
21	Diabetes	NO	SÍ → ¿Quién?	¿Alguien más?
22	Trombosis, embolia o hemorragias cerebrales	NO	SÍ → ¿Quién?	¿Alguien más?
23	Alteraciones de la próstata	NO	SÍ → ¿Quién?	¿Alguien más?
24	Incontinencia urinaria	NO	SÍ → ¿Quién?	¿Alguien más?
25	Problemas de nervios	NO	SÍ → ¿Quién?	¿Alguien más?
26	Problemas mentales	NO	SÍ → ¿Quién?	¿Alguien más?
27	Anemia	NO	SÍ → ¿Quién?	¿Alguien más?
28	Osteoporosis	NO	SÍ → ¿Quién?	¿Alguien más?
29	Estreñimiento crónico	NO	SÍ → ¿Quién?	¿Alguien más?
30	Migraña o dolores de cabeza frecuentes	NO	SÍ → ¿Quién?	¿Alguien más?
31	Problemas de tiroides	NO	SÍ → ¿Quién?	¿Alguien más?
32	Hemorroides, almorranas	NO	SÍ → ¿Quién?	¿Alguien más?
33	Otros	NO	SÍ → ¿Quién?	¿Alguien más?

P.11

SÍ NO TIENEN PROBLEMAS CRÓNICOS PASAR A LA SIGUIENTE SECCION

PERIODO DE REFERENCIA: 12

PARA CADA PROBLEMA CRÓNICO DECLARADO

10.b) Desde hasta ayer ¿Ha consultado . . . al o la médica o a personal de enfermería acerca de . . . ?

- . Si 1 → (PASAR A LA PREG. 11)
 . No 2 → (PASAR A LA PREG. 10.d)
 . Ns/Nc 0 → (PASAR A LA PREG. 10.d)

10.c) ¿Cuál es la razón principal por la que teniendo este problema no ha acudido a la consulta médica o de enfermería?

- Sé como tratarlo, estoy en tratamiento
- Está muy lejos, tengo problemas para desplazarme . . .
- No puedo abandonar el trabajo
- Pierdo mucho tiempo
- No confío en los médicos profesionales de la medicina ni de la enfermería
- No tiene remedio
- Me resulta caro
- No lo considero importante
- Otros

10.d) ¿Hace cuántos años que consultó . . . al o a la médica o al personal de enfermería?

10.- PROBLEMA 1

a) CODIGO

b) CONSULTA

Si	No	Ns/Nc
1	2	0

(34) (33c) (33d)

c) RAZON

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

d) AÑOS

10.- PROBLEMA 2

a) CODIGO

b) CONSULTA

Si	No	Ns/Nc
1	2	0

(34) (33c) (33d)

c) RAZON

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

d) AÑOS

10.- PROBLEMA 3

a) CODIGO

b) CONSULTA

Si	No	Ns/Nc
1	2	0

(34) (33c) (33d)

c) RAZON

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

d) AÑOS

10.- PROBLEMA 4

a) CODIGO

b) CONSULTA

Si	No	Ns/Nc
1	2	0

(34) (33c) (33d)

c) RAZON

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

d) AÑOS

10.- PROBLEMA 5

a) CODIGO

b) CONSULTA

Si	No	Ns/Nc
1	2	0

(34) (33c) (33d)

c) RAZON

d) AÑOS

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

“ACCIDENTES”

PERIODO DE REFERENCIA: 12

Las siguientes preguntas se refieren a los accidentes que le causaron alguna lesión como rotura de huesos, ligamentos o dislocaciones, esguinces; cortes profundos, amputaciones o heridas; quemaduras; intoxicaciones, ocurridos en los últimos 12 meses.

11.a) Desde hasta ayer, ¿Hay alguien de su familia que haya tenido alguno de los siguientes accidentes con consecuencias en su salud como: caídas, quemaduras, golpes, intoxicaciones?

	No	Sí	¿ Quién?	¿Cuántos?
.Fracturas o roturas de huesos, ligamentos o dislocaciones	2	1	_____	_____
.Cortes profundos, amputaciones o heridas	2	1	_____	_____
.Contusiones (golpes), hematomas	2	1	_____	_____
.Atragantamiento, casi ahogamiento, asfixia	2	1	_____	_____
.Quemaduras	2	1	_____	_____
.Intoxicaciones	2	1	_____	_____

(ENCUESTADOR, SI TODAS LAS PREGUNTAS SON “NO”, SALTE A LA PREG. 12.a)

Las siguientes preguntas se refieren al último accidente

11.c) ¿Dónde sufrió el último accidente?

. En casa	1
. De tráfico como peatón	2
. De tráfico como pasajero/a o conductor/a	3
. En el trabajo	4
. En el centro de estudios	5
. En un lugar de recreo o deporte	6
. En un lugar público: calle, comercio, banco, bar, parque público	7
. Ns/Nc	0

11.d) ¿Cómo se produjo este accidente?

. Caída	1
. Choque o colisión	2
. Objeto cortante	3
. Fuego, líquidos calientes	4
. Electricidad	5
. Ingestión de productos tóxicos	6
. Ingestión de medicamentos	7
. Aspiración de cuerpos extraños	8
. Otros	9
. Ns/Nc	0

11.e) Como resultado del accidente, ¿se lesionó...

	Sí	No
.Cabeza, cara y cuello?	1	2
.Tórax, abdomen, espalda?	1	2
.Ext.superiores?	1	2
.Ext inferiores?	1	2

11.f) Como consecuencia de este accidente

- . ¿Tuvo Vd. que suspender o disminuir sus actividades habituales de trabajo, o de ocio?
- . ¿Tuvo Vd. que consultar al o a la médica habitual?
- . ¿Tuvo que ser atendido/a por un servicio de urgencias?
- . ¿Tuvo que ingresar al menos una noche?
- . ¿Tuvo que ser ingresado en la U.C.I.?
- . ¿Le han quedado problemas físicos o mentales?

ACCIDENTES

11.a)

Sí No Ns/Nc

1	2	0
---	---	---

(12a)

11.b) ¿Cuántos?

11.c) ULTIMO ACCIDENTE

. Casa	1
. Peatón	2
. Conductor	3
. Trabajo	4
. Estudios	5
. Recreo	6
. Lug. público	7
. Ns/Nc	0

11.d) MECANISMO

. Caída	1
. Choque,colisión	2
. Corte	3
. Fuego	4
. Electricidad	5
. Intoxicaciones	6
. Ingest. medicamentos	7
. Aspiración cuerpo	8
. Otros	9
. Ns/Nc	0

11.e) LOCALIZACION

Sí No Ns/Nc

.Cabeza, cara y cuello	1	2	0
.Tórax, abdomen, espalda	1	2	0
.Ext.superiores	1	2	0
.Ext inferiores	1	2	0

11.f) CONSECUENCIAS

Sí No Ns/Nc

Suspender activid.	1	2	0
Consultar médico	1	2	0
Servicio urgencias	1	2	0
Ingreso	1	2	0
Ingreso en la UCI	1	2	0
Problemas	1	2	0

“INFORMACION PERSONAL”

Las siguientes preguntas se refieren a datos personales.
ENCUESTADOR ANOTAR AQUÍ LAS EDADES

12.a) Fecha de nacimiento (día, mes, año)

N. PERSONA

12.a) día mes año

12.b) EDAD

12.c) Sexo

. Hombre 1
. Mujer 2

12.c) SEXO
. Hombre 1
. Mujer 2

12.d) ENCUESTADOR: ANOTAR PRESENCIA O AUSENCIA DE CADA UNO DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA EN LA ENTREVISTA.

. Ausente 1
. Presente 2

12.d) PRESENCIA
Ausente 1
Presente 2

12.e) ¿Dónde nació Vd?

. Africa 1
. America Latina 2
. Asia 3
. Europa 4

Especificar país

12.e) NACIMIENTO
. Africa 1
. America Latina 2
. Asia 3
. Europa 4

Especificar país

12.f) ¿Desde cuándo . . . vive en la C.A.P.V? (menos de un año, anotar 01)

12.f) TIEMPO ESTANCIA AÑOS

12.g) ¿Cuál es el estado civil de hecho?

. Soltero/a 1
. Casado/a o en pareja 2
. Separado/a, Divorciado/a 3
. Viudo/a 4

12.g) ESTADO CIVIL DE HECHO
. Soltero/a 1
. Casado/a o en par. 2
. Sepa./Divorc. 3
. Viudo/a 4
. Ns/Nc 0

12.h) ¿Cual es el parentesco de . . . en relación con el o la cabeza de familia?

. Cabeza de familia 1
. Cónyuge 2
. Hijo/a, Hijastra/a 3
. Padre, Madre, Suegro/a 4
. Yerno, Nuera 5
. Otros familiares 6
. No familiares 7

12.h) PARENTESCO
. Cabeza fam. 1
. Cónyuge 2
. Hijo/a 3
. Padre, Sueg. 4
. Yerno, Nuera 5
. O. familiares 6
. No familiares 7
. Ns/Nc 0

12.i) ¿Respecto a las labores del hogar con que frecuencia las realiza?

. Habitualmente siempre que se realizan
. Habitualmente los fines de semana
. En raras ocasiones
. Nunca

→ pasar a p. 13 a

12.i) FRECUENCIA
Siempre 1
Fines de semana 2
Ocasional 3
Nunca 4

12.j) ¿Cuántas horas dedica diariamente a las labores del hogar?

	Laborables	Fines de semana
. Menos de 1 hora	<input type="text"/>	<input type="text"/>
. De 1 a 3 horas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
. De 4 a 5 horas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
. De 6 a 8 horas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
. Más de 8 horas	<input type="text"/>	<input type="text"/>

12. j) HORAS LABORES HOGAR

	Laborables	Fin semana
< 1h	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1-3 h	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4-5 h	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6-8 h	<input type="text"/>	<input type="text"/>
> 8h	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(PARA QUIENES TENGAN 14 O MÁS AÑOS)

13.a) ¿Qué estudios ha realizado . . . ?(sólo se contabilizarán los estudios terminados)

1. . No sabe leer ni escribir
2. . Sin estudios
3. . Estudios primarios
4. . Bachiller elemental, graduado escolar, E.G.B. hasta 8º, ESO 1º ciclo
5. . B.U.P., Formación profesional, Bachiller Superior, ESO completo
6. . Escuelas técnicas universitarias de grado medio
7. . Facultades universitarias, Escuelas Técnicas Superiores

PARA 14 O MÁS AÑOS

13.a) ESTUDIOS
. Analfabetos 1
. Sin estudios 2
. Primarios 3
. Graduado escolar 4
. B.U.P. 5
. E. Técnicas 6
. F. Universit. 7
. Ns/Nc 0

PERIODO DE REFERENCIA : 14 DIAS			
13.b) ¿Cuál es su situación laboral actual?	13.b) S. LABORAL	13.b) S. LABORAL	
14.a	1	Trabajando (incluye becarios, MIR...)	1
14.a	2	Estoy en paro, habiendo trabajado anteriormente	2
14.a	3	Buscando el primer empleo	3
14.a	4	Jubilado, retirado, pensionista o rentista	4
14.a	5	Estudiante	5
14.a	6	Labores del hogar	6
14.a	7	Incapacidad permanente	7
14.a	8	Otros	8
13.c) ¿Cuánto tiempo lleva en el paro? (meses)	13.c) TIEMPO EN PARO (MESES)	13.c) TIEMPO EN PARO (MESES)	
ENCUESTADOR: ES IMPRESCINDIBLE RELLENAR ESTAS PREGUNTAS (14.a-14.g). SÍ ES PENSIONISTA O ESTÁ EN PARO PREGUNTAR POR LA OCUPACIÓN QUE HA EJERCIDO MAS TIEMPO. SÍ ES AMA DE CASA SIN HABER TRABAJADO NUNCA FUERA DE CASA. POR LA DE SU MARIDO, PADRE O PERSONA QUE APOORTE LOS INGRESOS ECONÓMICOS O DE LA QUE RECIBA LA PENSIÓN		14.a) CARGO	
RESPUESTA) (NO CODIFICAR, ANOTAR)		14.a) CARGO	
14.a) ¿Qué cargo o categoría tiene en la empresa?	14.a) CARGO	14.a) CARGO	
1	Directores/as, Subdirectores/as, Gerentes, Empresarios/as	1	Dir. Subdir.
2	Técnico Superior	2	Téc. Superior
3	Técnicos medios (ATS, Maestros, Contables, Peritos)	3	Téc. Medios
4	Capataces, Encargados/as, Viajantes	4	Capataces
5	Técnicos especialistas, Oficiales, Administrativos/as	5	Ofi. Admin.
6	Técnicos auxiliares, Aux. clínica, Aux. Administrativo, Dependientes	6	Aux. Admin.
7	Conserjes, Ordenanza, Peones, Aprendices, Ayudantes	7	Aprend. Ayud.
0	Ns/Nc	8	Ns/Nc
14.b) ¿Me podría especificar más la ocupación que desempeña actualmente o ha desempeñado?	14.b) OCUPACION	14.b) OCUPACION	
PONGA EJEMPLOS DE CADA GRUPO HASTA DETERMINAR EL CÓDIGO DE LA OCUPACIÓN.	Código de ocupación	Código de ocupación	
14.c) ¿Cuál es o ha sido su relación laboral con la empresa en la que trabaja o ha trabajado más años?	14.c) RELACION	14.c) RELACION	
1	Empresario/a o empleador/a	1	Empleador
2	Trabajador/a por cuenta propia, autónomo	2	Autónomo
3	Cooperativista	3	Cooperativista
4	Asalariado/a fijo/a	4	Asal. fijo
5	Asalariado/a eventual	5	Asal. eventual
6	Ayuda familiar	6	Ayuda familiar
7	Otras (Especificar)	7	Otras
0	Ns/Nc	8	Ns/Nc
37.d) ¿Qué actividad realiza o ha realizado la empresa donde trabaja o trabajaba?	37.d) ACTIVIDAD	37.d) ACTIVIDAD	
1. Agricultura, Minería, Ganadería, Pesca	1. Agricultura, Minería, Pesca	1. Agricultura, Minería, Pesca	1
2. Industria	2. Industria	2. Industria	2
3. Construcción	3. Construcción	3. Construcción	3
4. Administración Pública(Local, Autonómica, Estatal)	4. Ad. Pública	4. Ad. Pública	4
5. Profesiones liberales de servicios	5. Profesionales	5. Profesionales	5
6. Comercio y Hostelería	6. Comercio	6. Comercio	6
7. Otros servicios: Transportes, Seguros, Banca.	7. O. Servicios	7. O. Servicios	7
0. Ns/Nc	8. Ns/Nc	8. Ns/Nc	0

PARA LAS PERSONAS QUE ESTÁN TRABAJANDO		ESTÁN TRABAJANDO		
14.e) ¿Cuántas horas ha dedicado en la última semana que ha trabajado completa, en trabajo remunerado por muy pequeño que este fuera?		14.e) DEDICACIÓN		
. Menos de 5 horas	1	Menos de 5	1 2 3 4 5	
. De 5 a 15 horas	2	De 5 a 15		
. De 16 a 25 horas	3	De 16 a 25		
. De 26 a 40 horas	4	De 26 a 40		
. Más de 40 horas	5	Más de 40		
14.f) ¿Qué tipo de jornada laboral tiene Vd.?		14.f) TIPO JORNADA		
. Jornada partida (mañana y tarde)	1	J. partida	1 2 3 4 5 6	
. Jornada continua de mañana	2	J. cont. mañana		
. Jornada continua de tarde	3	J. cont. tarde		
. Jornada continua de noche	4	J. cont. noche		
. Turnos de mañana y tarde	5	T. mañana y tarde		
. Turnos que incluyen noches	6	T. incluyen noches		
. Jornada irregular o variables según los días	7	J. irregular o variable		
14.g) ¿Qué tipo de contrato tiene con la empresa en que trabaja? (PARA LOS ASALARIADOS, LOS QUE EN LA P. 37.c) HAN RESPONDIDO A LAS 3,4 Ó 5)		14.g) TIPO CONTRATO		
. De duración indefinida	1	Duración indefinida	1 2 3 4 5 6	
. Temporal menos de 3 meses	2	Temp. menos 3 meses		
. Temporal de 3 meses a 6 meses	3	Temp. 3 meses a 6 meses		
. Temporal de 6 meses a 1 año	4	Temp. 6 meses a 1 año		
. Temporal de más de 1 año	5	Temporal mas de 1año		
. Sin contrato	6	Sin contrato		
(PARA TODOS)		PARA TODOS		
15.a) ¿En cuál de los siguientes grupos situaría los ingresos netos mensuales de . ?		15.a) INGRESOS		
. Hasta-300 €	1	. 901-1.200 €	6	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
. 300-450 €	2	. 1.201-1.500 €	7	
. 451-600 €	3	. 1.501-1.800 €	8	
. 601-750 €	4	. 1.801-2.400 €	9	
. 751-900 €	5	. Más de 2.400 €	10	
		. Ns/Nc	11	

SECCION GASTOS SANITARIOS PRIVADOS

¿Cuánto ha gastado su familia en los últimos 6 meses por los servicios recibidos del personal médico (excepto dentistas)? ¿Qué parte de estos gastos han sido o van a ser reembolsados?

EN EUROS		PAGO DIRECTO	REINTEGROS	TOTAL
a)	PRODUCTOS FARMACEUTICOS (últimos 6 meses)			
b)	APARATOS Y MATERIAL TERAPEUTICO (últimos 6 meses)			
c)	SERVICIOS MEDICOS (últimos 6 meses)			
d)	HOSPITALIZACIONES (últimos 12 meses)			
e)	OTROS TRATAMIENTOS (últimos 12 meses)			

Cuestionario de salud de la población inmigrante en el País Vasco

CUESTIONARIO PERSONAL

Nº cuestionario

EL SISTEMA SANITARIO

Nº PERSONA

Las siguientes preguntas se dirigen a conocer su opinión sobre el actual sistema sanitario (centros de salud, hospitales, etc.)
Señale con un círculo su respuesta, y responda en orden a todas las preguntas a menos que se le indique lo contrario.

1. **En conjunto, ¿cuál es su grado de satisfacción con los servicios de salud que usted y su familia han utilizado en el último año? Indique si está muy satisfecho, algo satisfecho, algo insatisfecho o muy insatisfecho.**

Muy satisfecho/a 1
Algo satisfecho/a 2
Algo insatisfecho/a 3
Muy insatisfecho/a 4

2. **Pensando únicamente en sus problemas y necesidades de salud, ¿ piensa que el sistema sanitario público vasco cubre todas sus necesidades en materia de salud?**

Estoy satisfecho/a, cubre todas mis necesidades 1
Cubre bastante bien mis necesidades, pero creo que deberían incluirse algunas otras atenciones 2
No cubre mis necesidades de salud 3

3. **¿Cómo cree usted que debería pagarse en el futuro la asistencia sanitaria?**

Toda financiada por el Estado con los impuestos, y que cubra a todas las personas 1
Una parte financiada por el Estado y otra por cada persona 2
Cada persona pagaría su asistencia médica 3

LA SALUD

A continuación, le hacemos unas preguntas referidas a su salud

Haga un círculo en el número correspondiente a su respuesta (una sola respuesta por pregunta)

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

4. **En general, usted diría que su salud es**

Excelente 1
Muy buena 2
Buena 3
Regular 4
Mala 5

5. **¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?**

Mucho mejor ahora que hace un año 1
Algo mejor ahora que hace un año 2
Más o menos igual que hace un año 3
Algo peor ahora que hace un año 4
Mucho peor ahora que hace un año 5

DESIGUALDADES EN SALUD EN LOS GRUPOS DE INMIGRANTES VIVIENDO EN LA CAPV

6. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuanto?

ACTIVIDADES	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a) Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores	1	2	3
b) Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora	1	2	3
c) Coger o llevar la bolsa de la compra	1	2	3
d) Subir varios pisos por la escalera	1	2	3
e) Subir un solo piso por la escalera	1	2	3
f) Agacharse o arrodillarse	1	2	3
g) Caminar un kilómetro o más	1	2	3
h) Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	1	2	3
i) Caminar una sola manzana (100 metros)	1	2	3
j) Bañarse o vestirse por sus propios medios	1	2	3

7. Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de su salud física?

	Sí	No
a) ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2
b) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2
c) ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
d) ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	1	2

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

	Sí	No
a) ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?	1	2
b) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	1	2
c) ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	1	2

9. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada 1
Un poco 2
Regular 3
Bastante 4
Mucho 5

10. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno 1
 Sí, muy poco 2
 Sí, un poco 3
 Sí, moderado 4
 Sí, mucho 5
 Sí, muchísimo 6

11. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada 1
 Un poco 2
 Regular 3
 Bastante 4
 Mucho 5

12. Las preguntas que siguen se refieren a como se ha sentido y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca mas a como se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿cuanto tiempo...

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
a) ..se sintió lleno/a de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
b) ..estuvo muy nervioso/a?	1	2	3	4	5	6
c) ..se sintió con la moral tan baja que nada podía animarle?	1	2	3	4	5	6
d) ..se sintió en calma y con gran tranquilidad?	1	2	3	4	5	6
e) ..tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f) ..se sintió con desánimo y tristeza?	1	2	3	4	5	6
g) ..se sintió con agotamiento?	1	2	3	4	5	6
h) ..se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6
i) ..se sintió con cansancio?	1	2	3	4	5	6

13. Durante las 4 últimas semanas ¿con que frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a las amistades o familiares)?

Siempre..... 1
 Casi siempre..... 2
 Algunas veces..... 3
 Solo alguna vez..... 4
 Nunca..... 5

14. Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a) Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	1	2	3	4	5
b) Tengo tanta salud como cualquiera	1	2	3	4	5
c) Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
d) Mi salud es excelente	1	2	3	4	5

DESIGUALDADES EN SALUD EN LOS GRUPOS DE INMIGRANTES VIVIENDO EN LA CAPV

15. En algún momento de su vida ¿ha llegado a pensar seriamente en la posibilidad de suicidarse, de quitarse la vida ?

Sí..... 1
No..... 2 → pasar a la pregunta 17

16. Estos pensamientos ¿los ha tenido en los últimos 12 meses?

Sí..... 1
No..... 2

17.a) ¿Cómo piensa que es su vida social?

Muy satisfactoria 1
Más bien satisfactoria 2
Más bien insatisfactoria 3
Muy insatisfactoria 4

17.b) ¿Considera que su salud en general es...?

Muy buena 1
Buena 2
Normal 3
Mala 4
Muy mala 5

A continuación tiene una lista de situaciones que se producen en la vida cotidiana y que otras personas hacen o pueden hacer para ayudarnos.

18. Le pedimos que haga un círculo en la casilla en la que crea que se encuentra usted. Si su situación es la mejor, y por lo tanto recibe “Tanto como deseo”, entonces haría un círculo al número 1 “Tanto como deseo”. La situación peor sería cuando usted “recibe” menos que lo que usted querría “Menos de lo que deseo”, entonces haría un círculo al número 5. Si usted no se encuentra en los extremos, haga un círculo en el espacio que cree que mejor se adecua a su situación.

	Tanto como deseo				Menos de lo que deseo
a) Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	1	2	3	4	5
b) Recibo amor y afecto	1	2	3	4	5
c) Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo y/o en casa	1	2	3	4	5
d) Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	1	2	3	4	5
e) Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	1	2	3	4	5
f) Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede a mí	1	2	3	4	5
g) Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	1	2	3	4	5
h) Recibo ayuda cuando estoy por enfermedad en la cama	1	2	3	4	5

19. Escriba una cifra

Aproximadamente ¿Cuánto pesa sin zapatos? kilogramos

20. Escriba una cifra

Aproximadamente ¿Cuánto mide sin zapatos? centímetros

21.a) Según su estatura, ¿cree usted que su peso actual es?

Excesivo 1
Normal 2
Escaso 3

21.b) ¿Está Vd. Satisfecho/a con su peso o le gustaría pesar más o menos que lo que pesa actualmente?

- Estoy satisfecho/a con mi peso actual1
- Me gustaría perder peso2
- Me gustaría ganar peso3
- Ns/Nc.....4

22. ¿Podría indicarme, aproximadamente, cuántas horas al día duerme usted habitualmente?

Horas

SÓLO PARA QUIENES VIVAN CON MENORES DE 15 AÑOS, en caso contrario, pasar a la pregunta 24

23. ¿Se ocupa usted del cuidado de las personas menores de 15 años que viven en su domicilio?

- Siempre o casi siempre1
- De forma intermitente, compartiendo con mi pareja2
- De forma intermitente, compartiendo con una persona contratada3
- En raras ocasiones.....4
- Nunca5

SÓLO PARA QUIENES VIVAN CON PERSONAS DISCAPACITADAS, en caso contrario, pasar a la pregunta 25

24. ¿Se ocupa usted del cuidado especial de las personas discapacitadas que viven en su domicilio?

- Siempre o casi siempre1
- De forma intermitente, compartiendo con mi pareja2
- De forma intermitente, compartiendo con una persona contratada3
- En raras ocasiones4
- Nunca5

SÓLO PARA QUIENES CONVIVAN CON PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS, en caso contrario, pasar a la pregunta 26

25. ¿Se ocupa usted del cuidado de las personas mayores de 65 años que viven en su domicilio?

- Siempre o casi siempre1
- De forma intermitente, compartiendo con mi pareja2
- De forma intermitente, compartiendo con una persona contratada.3
- En raras ocasiones.....4
- Nunca5
- No es necesario, se valen por ellos mismos6

PRACTICAS PREVENTIVAS

Las siguientes preguntas se refieren a una serie de cuidados o actividades preventivas que usted puede realizar. Haga un círculo en el número correspondiente a su respuesta.

26. ¿Se toma (o le toman) la tensión arterial al menos una vez al año?

- Sí..... 1
- No 2

27. ¿Cuándo se ha tomado (o le han tomado) la tensión por última vez?

- Nunca..... 1 → (pasar a la pregunta 30)
- Hace menos de un año 2
- Hace más de un año y menos de dos 3
- Hace más de dos y menos de tres años..... 4
- Hace más de 3 y menos de 4 años 5
- Hace más de cuatro años 6

28. ¿Le han dicho alguna vez que tiene hipertensión?

Sí..... 1
 No..... 2 → (pasar a la pregunta 30)

29. Actualmente ¿está haciendo alguna cosa para controlar su tensión arterial como:
 (Haga un círculo en cada una de las opciones siguientes a la respuesta elegida)

	Sí	No
Tomar medicamentos	1	2
Control de peso	1	2
Disminuir la sal	1	2
Hacer ejercicio	1	2
Otros	1	2

30. ¿Cuándo le han hecho el último análisis de colesterol?

Nunca..... 1 → (pasar a la pregunta 33)
 Hace menos de 1 año..... 2
 Hace más de 1 año y menos de dos..... 3
 Hace más de dos y menos de tres años..... 4
 Hace más de 3 y menos de 4 años..... 5
 Hace más de cuatro años..... 6

31. Le han dicho que tiene el colesterol alto?

Sí..... 1
 No..... 2 → (pasar a la pregunta 33)

32. Actualmente ¿está haciendo alguna cosa para controlar su nivel de colesterol como:

	Sí	No
Tomar medicamentos	1	2
Control de peso	1	2
Hacer ejercicio	1	2
Otros	1	2

Las siguientes preguntas tratan sobre medidas que se pueden tomar para evitar o disminuir los accidentes en la carretera o en la calle.

33. ¿Suele usted ponerse el cinturón de seguridad cuando conduce...

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca	Nunca conduzco
a) por ciudad?	1	2	3	4	5	6	7
b) por carretera?	1	2	3	4	5	6	7

34. ¿Suele usted ponerse el cinturón de seguridad cuando va en coche como acompañante...

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca	Nunca voy como acompañante
a) por ciudad?	1	2	3	4	5	6	7
b) por carretera?	1	2	3	4	5	6	7

35. ¿Suele viajar en motocicleta?

Sí..... 1
 No 2 → (pasar a la pregunta 37)

36. Cuando viaja en motocicleta, ¿suele usar casco?

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
a) por ciudad?	1	2	3	4	5	6
b) por carretera?	1	2	3	4	5	6

37. ¿Suele desplazarse en bicicleta?

Sí..... 1
 No 2 → (pasar a la pregunta 39)

38. Cuando viaja en bicicleta, ¿suele usar el casco?

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
a) por ciudad?	1	2	3	4	5	6
b) por carretera?	1	2	3	4	5	6

SÓLO PARA QUIENES TENGAN HIJOS/AS MENORES DE 14 AÑOS, en caso contrario, pase a la pregunta 40

39. Cuando va en automóvil, ¿su hijo/a menor de 14 años va sujeto/a con algún sistema de seguridad adecuado a su edad como el cuco, la sillita, el cojín-elevador, el cinturón de seguridad?

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
a) por ciudad?	1	2	3	4	5	6
b) por carretera?	1	2	3	4	5	6

PARA TODAS LAS PERSONAS

Todos los años por esta época, hay una campaña de vacunación antigripal dirigida a ciertos grupos de población (personas enfermas crónicas, mayores de 65 años, . . .).

40. ¿Suele usted vacunarse contra la gripe cada año?

Sí..... 1 → (pasar a pregunta 42)
 No 2

41. ¿Por qué motivo no suele vacunarse contra la gripe? Elija uno sólo, el más importante.

- No pertenezco a ninguno de los grupos a los que se recomienda..... 1
 Creo que no sirve para nada 2
 No conocía la recomendación de vacunarse contra la gripe..... 3
 Porque puede traer complicaciones 4
 No sé dónde hay que acudir..... 5
 Porque me sienta mal..... 6
 No me suelo acordar de ir..... 7
 No sé..... 8
 Contraindicación médica 9

42. ¿Ha acudido a su médico de cabecera o a su centro de salud en los últimos 12 meses?

Sí..... 1
No..... 2 → (pasar a la pregunta 44)

43. En las consultas que ha tenido con su médico o enfermera, en alguna ocasión...

	Sí	No	No recuerda
a) ¿Le han preguntado si fuma?	1	2	3
b) ¿Le han preguntado cuánto alcohol bebe?	1	2	3
c) ¿Le han preguntado sobre el ejercicio físico que hace?	1	2	3
d) ¿Le han preguntado sobre sus hábitos sexuales?	1	2	3
e) ¿Le han pesado?	1	2	3
f) ¿Le han aconsejado sobre cuál es su peso corporal adecuado?	1	2	3
g) ¿Le han aconsejado sobre el ejercicio físico adecuado para usted?	1	2	3
h) ¿Le han hablado sobre el SIDA?	1	2	3

SOLO PARA MUJERES (HOMBRES PASAR A PREGUNTA 53)

Una mamografía es una radiografía de los pechos para detectar bultos y poder tratarlos a tiempo.

44. ¿Había oído alguna vez hablar de la mamografía?

Sí..... 1
No..... 2

45. ¿Ha sido citada alguna vez por carta, desde el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama de Osakidetza, para hacerse una mamografía?

Sí..... 1
No..... 2 → Pase a la pregunta 48

46. ¿Acudió a hacerse las mamografías cuando le citaron?

Sí, en todas las citas 1
Sí, pero no en todas las citas 2 → Pase a la pregunta 48
Nunca 3

47. Señale, por favor, el motivo por el que no acudió. Elija uno sólo, el más importante

- No recibí la carta a tiempo 1
- No me venía bien el día o la hora 2
- Tenía temor a la prueba 3
- Creo que no sirve para nada 4
- Creo que es perjudicial 5
- Iban a hacerme o me habían hecho recientemente otra en Osakidetza 6
- Iban a hacerme o me habían hecho recientemente otra en un centro privado 7

48. ¿Cuándo le han hecho la última mamografía?

Nunca 1 → Pase a la pregunta 50
Hace menos de 1 año 2
Hace más de 1 y menos de 2 años 3
Hace más de 2 y menos de 3 años 4
Hace más de 3 y menos de 4 años 5
Hace más de 4 y menos de 5 años 6
Hace más de 5 años 7

49. ¿Cómo llegó a hacerse la última mamografía?

- A través de la cita del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama 1
 Por indicación de mi médico de Osakidetza 2
 Por indicación de mi médico privado 3

Una citología vaginal consiste en recoger una muestra de células de la vagina para poder prevenir algunas enfermedades.

50. ¿Había oído alguna vez hablar de la citología vaginal?

- Sí 1
 No 2

51. ¿Cuándo le han hecho la última citología vaginal?

- Nunca 1 → pase a la pregunta 53
 Hace menos de 1 año 2
 Hace más de 1 y menos de 2 años 3
 Hace más de 2 y menos de 3 años 4
 Hace más de 3 y menos de 4 años 5
 Hace más de 4 y menos de 5 años 6
 Hace más de 5 años 7

52. ¿Dónde le hicieron la última citología vaginal?

- En un centro asistencial de Osakidetza (Seguridad Social) 1
 En una consulta privada 2

ACTIVIDAD FÍSICA O EJERCICIO FÍSICO

Las siguientes preguntas se refieren a la actividad o ejercicio físico que usted realiza en el trabajo y en su tiempo libre.

53. ¿Qué frase describe mejor el trabajo que usted realiza, o la actividad que usted desarrolla habitualmente?

- Estoy habitualmente sentado/a durante todo el día y me desplazo en muy pocas ocasiones 1
 Trabajo de pie y/o me desplazo a menudo pero no tengo que levantar pesos 2
 Transporte cargas ligeras y/o debo subir y bajar escaleras o cuestras frecuentemente 3
 Tengo un trabajo en el que transporte cargas muy pesadas y/o requiere un esfuerzo físico importante 4

54. Durante su tiempo libre, ¿normalmente hace todo el ejercicio físico que desearía?

- Sí 1
 No 2

55.a) ¿Por qué?

- Porque no tengo tiempo 1
 Porque no tengo un lugar adecuado 2
 Porque no tengo fuerza de voluntad 3
 Otras 4
- 55.b) Pase a la pregunta 55.b)

55.b) Durante las dos últimas semanas ¿ha realizado alguna actividad física en su tiempo libre como hacer deporte, correr, nadar, andar en bicicleta, hacer gimnasia etc. ...?

- Sí 1
 No 2 → (pasar a la página siguiente, pregunta 55.f)

55.c) Durante las dos últimas semanas ¿cuántas veces, y durante cuánto tiempo, ha practicado las actividades que aparecen en la tabla.?

Escriba el número de veces y el tiempo medio que hace cada vez (si el tiempo es variable hacer una media) en las dos últimas semanas.

Actividad	N. de veces	Tiempo medio (minutos) /cada vez
Pasear		
Andar a paso ligero		
Footing		
Deportes de equipo(fútbol, baloncesto . . .)		
Gimnasia, Aerobic		
Bicicleta, Natación		
Deporte de pala y raqueta (squash, frontón, tenis . . .)		
Musculación, lucha, judo, karate		
Montañismo, senderismo		
Otros (especificar):		

55.d) En estas dos últimas semanas, de las actividades que ha realizado. ¿Hay alguna que le haya hecho sudar, durante al menos veinte minutos?

Sí..... 1
No 2

55.e) ¿Con qué frecuencia las ha realizado?

Una vez en los últimos 14 días..... 1
Una vez a la semana..... 2
Dos veces a la semana..... 3
Tres o cuatro veces a la semana 4
Cinco o más veces a la semana 5

55. f) ¿Cómo realiza habitualmente el trayecto desde su casa al lugar de trabajo o al centro de estudio?

(responda también si realiza estos trayectos acompañando a alguna persona por ejemplo niños/as escolarizados)

Andando 1
En bicicleta..... 2
En vehículo particular (automóvil, motocicleta)..... 3
En transporte público 4
Mixto (combina transporte público y otro vehículo) 5
No realiza estos trayectos 6

pasar a pregunta 56 →

55. g) En general, ¿cuál es la duración del trayecto desde su domicilio a su lugar de trabajo o centro de estudio?

15 minutos o menos 1
De 16 a 30 minutos 2
De 31 a 60 minutos 3
De 1 hora a 1,30 horas..... 4
De 1,31 a 2 horas..... 5
Más de 2 horas 6

55. h) ¿Cuántas veces realiza este trayecto diariamente, en los días laborables?

2 veces (ida y vuelta)..... 1
4 veces (2 idas y vueltas) 2
Más de 4 veces 3

CONDICIONES DE TRABAJO (PARA QUIENES TRABAJAN O HAN TRABAJADO)

Las condiciones de trabajo pueden estar muy relacionadas con la salud de las personas. Las siguientes preguntas van dirigidas a conocer cuáles son o han sido las condiciones de su trabajo.

Los/as jubilados/as y personas con una incapacidad laboral permanente deben de contestar a estas preguntas, refiriéndose al trabajo principal o que les haya ocupado más tiempo. (Se excluyen aquellos/as que estén realizando como única ocupación las labores del hogar, los/as estudiantes y quienes busquen su primer empleo → Pasar a la p.60)

56. ¿Hasta qué punto está usted satisfecho/a con su trabajo?

Muy satisfecho/a 1
 Satisfecho/a 2
 Insatisfecho/a 3
 Muy insatisfecho/a 4

57. Por favor, conteste a todas estas preguntas indicando con qué frecuencia su trabajo le obliga o le obligaba a

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
a) Permanecer mucho tiempo de pie.	1	2	3	4	5	6
b) Permanecer mucho tiempo en una postura difícil, incómoda o cansada a la larga	1	2	3	4	5	6
c) Efectuar desplazamientos a pie, largos o frecuentes	1	2	3	4	5	6
d) Llevar o desplazar cargas pesadas	1	2	3	4	5	6
e) Sufrir vibraciones o sacudidas	1	2	3	4	5	6
f) Trabajar mirando a una pantalla de ordenador	1	2	3	4	5	6
g) Prestar concentración o atención continuada	1	2	3	4	5	6
h) Repetir los mismos movimientos una y otra vez	1	2	3	4	5	6

58. En su puesto de trabajo, ¿con qué frecuencia se expone o se ha expuesto a:

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
a) Respirar humos, polvo o productos tóxicos?	1	2	3	4	5	6
b) Manipular o estar en contacto con productos tóxicos o nocivos?	1	2	3	4	5	6
c) Contagio por bacterias, virus u otros agentes biológicos	1	2	3	4	5	6
d) Ruido de nivel elevado, que no permite seguir una conversación con otro compañero/a que esté a 3 metros	1	2	3	4	5	6
e) Sufrir lesiones por el lanzamiento o caída de materiales y objetos	1	2	3	4	5	6
f) Sufrir una caída de altura	1	2	3	4	5	6
g) Sufrir una descarga eléctrica fuerte; quemaduras o herirse por las máquinas o materiales	1	2	3	4	5	6
h) Sufrir un accidente de circulación	1	2	3	4	5	6
i) Radiaciones ionizantes (rayos X, gamma)	1	2	3	4	5	6

DESIGUALDADES EN SALUD EN LOS GRUPOS DE INMIGRANTES VIVIENDO EN LA CAPV

59. Por favor, en relación a su trabajo actual, responda el grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las siguientes frases:

Los/as jubilados/as y personas con una incapacidad laboral permanente deben de contestar a estas preguntas, refiriéndose al trabajo que han realizado durante mayor tiempo o que consideran de mayor relevancia.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
a) En mi trabajo tengo que aprender cosas nuevas.	1	2	3	4
b) En mi trabajo realizo muchas tareas repetitivas.	1	2	3	4
c) Mi trabajo requiere que sea creativo/a.	1	2	3	4
d) Mi trabajo me permite tomar muchas decisiones por mí mismo/a.	1	2	3	4
e) Mi trabajo requiere un alto nivel de capacitación.	1	2	3	4
f) Tengo muy poca libertad para decidir cómo realizar mi trabajo.	1	2	3	4
g) En mi trabajo puedo hacer muchas tareas distintas.	1	2	3	4
h) Tengo mucha influencia en lo que me ocurre en mi trabajo.	1	2	3	4
i) En mi trabajo tengo la oportunidad de desarrollar mis habilidades especiales.	1	2	3	4
j) Mi trabajo requiere trabajar muy rápido.	1	2	3	4
k) Mi trabajo requiere trabajar muy duro.	1	2	3	4
l) No tengo que realizar una cantidad excesiva de trabajo.	1	2	3	4
m) Tengo tiempo suficiente para realizar mi trabajo.	1	2	3	4
n) No recibe órdenes contradictorias dadas por otros	1	2	3	4

TABACO

Las siguientes preguntas se refieren al consumo de tabaco.

Se llama fumar de forma pasiva o “involuntaria” a estar expuesto al humo de los cigarrillos que fuman los demás. Independientemente de que usted fume o no...

60.- Conteste, por favor, a todas las preguntas indicando con qué frecuencia suele estar usted expuesto/a al humo del tabaco de los demás...

	Si, todos los días	Si, con mucha frecuencia	Si, de vez en cuando	Si, pero raras veces	Nunca
a) En su casa	1	2	3	4	5
b) En su lugar de trabajo o estudio (los jubilados, parados, deben responder pensando en el lugar donde pasan la mayor parte de la jornada)	1	2	3	4	5
c) En otros lugares cerrados como cafeterías, restaurantes, clubs, automóviles, etc.	1	2	3	4	5

61. A lo largo de su vida ¿ Ha fumado más de 100 cigarrillos (5 paquetes)?

Sí..... 1
No 2

—————→ PASE A LA PAGINA SIGUIENTE, PREGUNTA 75 (APARTADO RELATIVO AL ALCOHOL)

62. ¿Fuma usted todos los días?

PARTE A

↓

63. ¿A qué edad comenzó a fumar todos los días? (Escriba la edad)
A la edad de años

64. Escriba la cantidad aproximadamente (Anoté la cantidad)
¿Cuántos cigarrillos fuma al día? cigarrillos

¿Cuántos puros fuma al día? puros

¿Cuántas pipas fuma al día? pipas

65. ¿Traga usted el humo?
Sí..... 1
No 2

66. Me podría decir si con respecto al año pasado actualmente...
Señale con un círculo a cada pregunta (a-d)

	Sí	No
a) Fuma más	1	2
b) Fuma menos	1	2
c) Fuma una marca más fuerte	1	2
d) Fuma una marca más suave	1	2

67. ¿Ha intentado usted dejar de fumar en los últimos 12 meses?
Sí..... 1
No 2

68. ¿Le gustaría dejar de fumar?
Sí..... 1
No 2

Si
1

No
2

↓

PARTE B

↓

69. ¿Cuál de las frases siguientes describiría su comportamiento respecto al tabaco?

Fumo sólo en ocasiones 1

Antes fumaba en ocasiones 2

Antes fumaba todos los días..... 3

70. ¿Hace cuánto tiempo dejó de fumar?

Menos de tres meses 1

De tres a seis meses..... 2

De seis meses a 1 año..... 3

De un año a dos años..... 4

Más de 2 años..... 5

71. ¿A qué edad comenzó a fumar todos los días?

A la edad de años

72. Aproximadamente

¿Cuántos cigarrillos fumaba al día? cigarrillos

¿Cuántos puros fumaba al día? puros

¿Cuántas pipas fumaba al día? pipas

73. ¿Tragaba usted el humo?
Sí..... 1
No..... 2

No
2

74. En la consulta de su médico de cabecera, ¿el médico o la enfermera le han aconsejado alguna vez que deje de fumar?

Sí.....	1
No.....	2
No lo recuerdo.....	3
No he ido a mi médico de cabecera.....	4

ALCOHOL

Las siguientes preguntas se refieren al consumo de alcohol.

Haga un círculo en el número correspondiente a su respuesta y siga la flecha que le indica la parte del cuestionario que debe realizar.

75. ¿Ha pensado alguna vez que debería beber menos?

Sí..... 1
No..... 2

76. ¿Le ha molestado que la gente le haya criticado su forma de beber?

Sí..... 1
No 2

77. ¿Se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?

Sí..... 1
No 2

78. ¿Ha bebido alguna vez a primera hora de la mañana para calmar los nervios o evitar la resaca?

Sí..... 1
No 2

79. Durante los últimos doce meses ¿Con qué frecuencia ha consumido bebidas que contengan alcohol (vino, sidra, cerveza, brandy...)?

1. Diariamente
2. De 4 a 6 veces por semana
3. De 2 a 3 veces por semana
4. Una vez por semana



PARTE A
PREGUNTA 80 y SIGUIENTES

5. Una vez cada quince días
6. Una vez al mes
7. Menos de una vez al mes
8. No he bebido en los últimos 12 meses



PARTE B
PREGUNTA 85 y SIGUIENTES

80. Sin contar las veces en las que usted probó ocasionalmente el alcohol, ¿a qué edad empezó a beber habitualmente?

Escriba la edad

A la edad de años

CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS EN UN DIA LABORAL

81. Tenga en cuenta lo consumido durante las comidas (desayuno, almuerzo, comida y cena) así como fuera de las mismas (txikiteo, vinos, aperitivos, copas). (Si en el momento de rellenar la encuesta es lunes, anotar lo bebido el último jueves)

Durante el día de ayer ...

Escriba la cantidad

¿Cuántos vasos de sidra bebió Vd.?	<input type="text"/>	vasos de sidra
¿Cuántos vasos de vino bebió Vd. (2 chiquitos de bar = 1 vaso)	<input type="text"/>	vasos de vino
¿Cuántas cañas de cerveza bebió Vd. (2 cortos o zuritos = 1 caña)	<input type="text"/>	cañas de cerveza
¿Cuántas copas (de anís, Whisky, pacharán, de brandy. . .) bebió Vd.?	<input type="text"/>	copas
¿Cuántos combinados (cubas, gin-tonics, gin-kas. . .) bebió Vd.?	<input type="text"/>	combinados
¿Cuántos kalimotxos bebió Vd.?	<input type="text"/>	kalimotxos
¿Cuántos vermouths, bitters, finos, bebió Vd. (2 marianitos = 1 vermut)	<input type="text"/>	vermouths
¿Cuántos chupitos de licor bebió Vd.?	<input type="text"/>	chupitos

CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS EN EL FIN DE SEMANA

82. Tenga en cuenta lo consumido durante las comidas (desayuno, almuerzo, comida y cena) así como fuera de las mismas (txikiteo, vinos, aperitivos, copas). (Anotar lo consumido el Viernes, el Sábado y el Domingo)

Y durante el pasado Fin de semana

Escriba la cantidad

	<u>VIERNES</u>	<u>SÁBADO</u>	<u>DOMINGO</u>
¿Cuántos vasos de sidra bebió Vd.?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Cuántos vasos de vino bebió Vd.? (2 chiquitos de bar = 1 vaso)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Cuántas cañas de cerveza bebió Vd.? (2 cortos o zuritos = 1 caña)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Cuántas copas (de anís, Whisky, pacharán, de brandy . . .) bebió Vd.?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Cuántos combinados (cubas, gin-tonics, gin-kas. . .) bebió Vd.?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Cuántos kalimotxos bebió Vd.?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Cuántos vermouths, bitters, finos, bebió Vd.? (2 marianitos =1 vermut)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Cuántos chupitos de licor bebió Vd.?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

83. Durante los últimos 12 meses, diría que

Bebo más que antes 1
 Bebo menos que antes 2
 Mi consumo no ha variado en los últimos 12 meses 3

84. En la consulta de su médico de cabecera, ¿el médico o la enfermera le han informado que el consumo de excesivo de alcohol es perjudicial para su salud?

Sí..... 1
 No 2
 No lo recuerdo 3
 No he ido a mi médico de cabecera..... 4

FIN DE LA ENCUESTA
MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

PARTE B (PARA QUIENES NO HAN CONTESTADO LA PARTE A)

85. ¿Qué frase describiría mejor su consumo de alcohol a lo largo de su vida?

- No he bebido jamás 1
- Bebo ocasionalmente ☐ → **FIN DE LA** 2
- He bebido con regularidad pero ahora no bebo o lo hago ocasionalmente 3

86. ¿A qué edad comenzó a beber con regularidad?

A la edad de años

87. ¿A qué edad dejó de beber alcohol con regularidad?

A la edad de años

88. ¿Con qué frecuencia bebía Vd.?

- 1-4 veces al mes 1
- 2-3 veces a la semana 2
- 4-6 veces a la semana 3
- Diariamente 4

89. ¿Qué cantidad bebía en cada ocasión?

- Una consumición 1
- 2 ó 3 consumiciones 2
- 4 ó 5 consumiciones 3
- 6 ó 7 consumiciones 4
- Más de 7 consumiciones 5

90. ¿Qué tipo de bebida consumía con mayor frecuencia?

(Elija sólo una, la de mayor consumo)

- Vino 1
- Cerveza 2
- Licores 3
- Combinados 4
- Otros 5
- Indistintamente 6

91. ¿Cuál es la razón principal por la que dejó de beber?

- No lo necesito, ni lo considero importante 1
- No me gusta 2
- Por razones médicas o de salud 3
- Por razones morales o religiosas 4
- Porque bebía demasiado 5
- Me resultaba caro 6
- En mi familia había alguien con problemas con el alcohol 7
- Otras (especificar) 8

FIN DE LA ENCUESTA
MUCHAS POR SU COLABORACIÓN GRACIAS

